

## SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES COLOMBIANOS

### MENTAL HEALTH AND USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN COLOMBIAN ADOLESCENTS

Viviana Cruz-Ramírez<sup>1</sup>, Carlos Gómez-Restrepo<sup>2</sup>, Carlos J Rincón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Pontificia Universidad Javeriana y Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

#### Abstract

*Introduction.* An association between affective and anxiety disorders has been proposed in adolescents with substance use. *Objective.* To determine the prevalence of psychoactive substance use and the most frequent mental disorders associated with this consumption, in Colombian adolescents. *Methods.* This is a cross-sectional study that uses data from the National Mental Health Survey 2015. With adolescents between 12 and 17 years old, in whom CIDI-CAPI (version 21.1.3) was applied by computer and modified ASSIST. *Results.* A total of 408 adolescents between 12 and 17 years old who reported psychoactive substance use at least once in their lives were described, this group was a representative sample of national population. The most frequent consumed substance was alcohol with a prevalence of 16.6% (95% CI, 14.2-19.2), Bogotá is the region with the highest consumption of substances with a prevalence of 33.8% (IC95 % 24.7-44.2). Otherwise, being a man between 16 and 17 years old represents a risk factor for substance use. Likewise, presenting affective disorders increases by 2.28 times the risk of psychoactive substance use. *Conclusions.* Adolescents with affective or anxiety disorders are at higher risk of psychoactive substances use, making difficult the treatment and demonstrating the vulnerability of this population.

*Keywords:* Mental health, substance-related disorder, adolescents, National Mental Health Survey 2015

#### Resumen

*Introducción.* Se ha propuesto una estrecha asociación entre trastornos del afecto y ansiedad en adolescentes con consumo de sustancias. *Objetivo.* Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos mentales más frecuentes asociados éste consumo, en adolescentes colombianos. *Metodología.* Estudio transversal, con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Con adolescentes entre 12 y 17 años, en quienes se les aplicó CIDI-CAPI (versión 21.1.3) asistida por computador y Assist modificado. *Resultados.* Se describió información de 408 adolescentes entre 12 y 17 años que reportan consumo de sustancias psicoactivas por lo menos una vez en la vida, siendo una muestra representativa a nivel nacional. Se encontró que la sustancia de mayor consumo fue el alcohol con una prevalencia de 16,6% (IC95% 14,2-19,2), Bogotá constituye la región con mayor consumo de sustancias con una prevalencia de 33,8% (IC95% 24,7-44,2). Ser hombre entre los 16 y 17 años representa un factor de riesgo para consumo de sustancias, así mismo, presentar trastornos del afecto como depresión y ansiedad aumenta 2,28 y 1,62 veces el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas respectivamente. *Conclusiones.* La población adolescente con trastornos del afecto como depresión y ansiedad se encuentra en mayor riesgo de consumir sustancias psicoactivas.

*Palabras clave:* Salud mental, farmacodependencia, adolescentes, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

El consumo de drogas en adolescentes constituye un problema de salud pública en el país. Esta población representa el grupo de mayor vulnerabilidad respecto al consumo de drogas, dado la inmadurez y falta de herramientas para tomar decisiones acertadas frente a su plan de vida (Nelson, Van Ryzin, & Dishion, 2015). Entre las sustancias psicoactivas de mayor consumo por adolescentes a nivel mundial, se encuentran: alcohol, tabaco y marihuana (Bukstein, 1997; Nelson et al., 2015). El consumo de alcohol y otras sustancias antes de los 21 años afecta el desarrollo cerebral (Nelson et al., 2015). Martin et al (1995) describen entre las alteraciones más frecuentes: los procesos de aprendizaje, el control motor corporal, el procesamiento y almacenamiento de la información, la planeación, el raciocinio y la memoria a largo plazo en adolescentes con consumo de alcohol. Ahora bien, el consumo de sustancias psicoactivas presenta múltiples consecuencias como la farmacodependencia, es decir, la dependencia a una sustancia que afecta el funcionamiento cerebral, alterando: el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Lo que se verá reflejado en el desarrollo personal del adolescente, y afectará negativamente los diferentes entornos del mismo (Gomez, Alfonso, Ruiz Gomez, & Bo Mathiasen, 2013; Navarro, 2015; ODC, 2016).

Se han descrito múltiples factores de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Los factores de riesgo para los padres y la familia incluyen: el uso de sustancias por parte de los padres, creencias y actitudes de los padres en cuanto al uso de sustancias, la tolerancia del familiar respecto al consumo, la falta de cercanía y apego entre padres e hijos (adolescentes), que lleva a una inadecuada supervisión y disciplina del adolescente. De otro modo, se han reportado los factores de riesgo relacionados con los compañeros, que implica el uso de sustancias entre sus pares, la actitud de estos acerca del uso de sustancias y la mayor orientación de los jóvenes a sus relaciones. Así mismo, los factores de riesgo individuales, incluyen las particularidades de la primera infancia, como: problemas de conducta disruptiva temprana (ej. comportamiento agresivo), rendimiento académico y fracaso escolar, que se correlaciona con actitudes favorables en el consumo de sustancias psicoactivas (Flanagan, Korte, Killeen, & Back, 2016; García, Luque, Ruiz, & Taberner, 2017). Por otro lado, las características de la comunidad o del barrio encierran: bajo nivel socioeconómico, alta densidad poblacional,

deterioro físico del vecindario y alta criminalidad; todos asociados a mayor uso de sustancias durante la adolescencia (De La Villa Moral Jiménez, Molleda, Bernal, Quintero, & Díaz, 2017).

La adolescencia se caracteriza por una fuerte presión social asociada a crisis psicológicas propias de la etapa, que lleva a una exposición constante al medio y a mayor susceptibilidad de consumo. En Colombia el consumo de alcohol y cigarrillo se ha asociado con recreación, el cual ha venido en ascenso en los últimos años (Gomez, Alfonso et al., 2013). Por este incremento en el consumo se requiere de atención en salud pública. Estudios recientes han demostrado que los adolescentes que consumen alcohol antes de los 14 años pueden tener hasta 10 veces más riesgo de presentar problemas con el alcohol en la adultez, así como de otras sustancias (Gómez, Mejía, María, Reyes Rodríguez, & Cardozo Macías, 2015).

Según la OMS en el 2004, una parte considerable de la carga mundial de enfermedad y discapacidad se atribuye al consumo de sustancias psicoactivas. El consumo de tabaco y alcohol contribuyen de forma particularmente importante a la carga total. La carga de morbilidad procedente del consumo de sustancias psicoactivas en conjunto es del 8,9% en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Para el 2012 se registraron de forma global 1,3 millones de muertes en adolescentes, atribuibles a causas prevenibles; entre estas se destacan las enfermedades mentales, específicamente la depresión instituyendo la primera causa de morbilidad y discapacidad. Los trastornos del afecto se han visto asociados al consumo de sustancias psicoactivas, siendo dicho consumo un factor de riesgo fundamental para el desarrollo de alguno de los trastornos del afecto, así mismo, se ha demostrado que la presencia de algún trastorno del afecto o ansiedad se relaciona con un consumo de riesgo de sustancias psicoactivas. Por otra parte, el homicidio y accidentes de tránsito representan otra causa significativa de muerte en este grupo etario, siendo el consumo temprano de alcohol, drogas y tabaco de los principales factores de riesgo para desenlaces mortales (WHO/FWC/MCA, 2014).

En nuestro país, según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en el 2013, se reporta una prevalencia de consumo de alcohol del 19,3% en adolescentes entre 12 y 17 años. La edad de

inicio de consumo reportada fue de 16 años (Gomez, Alfonso et al., 2013). Otros estudios han demostrado que el contacto temprano con sustancias psicoactivas se asocia con el desarrollo de enfermedades orgánicas, trastornos mentales y farmacodependencia (Welsh et al., 2017). Hasta el momento se ha descrito la importancia del consumo de sustancias psicoactiva en adolescentes, no obstante, cabe resaltar la importancia de la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de trastornos de afecto o de ansiedad en adolescentes colombianos; para iniciar la adolescencia por sí misma es una etapa de vulnerabilidad en cuanto a la falta de herramientas para tomar decisiones, a esto se le suma el contexto social y cultural del adolescente, que en Colombia está determinado por la alta influencia de consumo de sustancias socialmente aceptadas como el alcohol, es decir, existe una cultura que normaliza el consumo de sustancias, lo que permite un mayor acceso por parte de los adolescentes a las mismas. Así mismo, en cuanto a trastornos del afecto y ansiedad, se han descrito ciertas dificultades en regulación emocional en niños y adolescentes colombianos, lo que puede estar asociado al riesgo de presentar algunos trastornos mentales y a su vez, se relacionan con un posible aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en dicha población. Dado el impacto socioeconómico que representa el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes, el objetivo de este estudio es presentar los indicadores de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos entre 12 y 17 años, así como los trastornos mentales más prevalentes asociados a éste.

## MÉTODO

### Diseño y Participantes

Este es un estudio observacional de corte transversal que tuvo como base una submuestra de la Muestra Maestra recolectada a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Los sujetos del estudio fueron adolescentes, individuos entre los 12 y 17 años, elegidos de acuerdo a las normativas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social de la república de Colombia que quiso evaluar la salud mental en esta población. La muestra fue de tipo probabilístico, agrupada por sexo, escolarización, y por las cinco

regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá), diferenciando los residentes en hogares de áreas urbanas y rurales del país. Se analizaron los datos de las personas que reportaron haber consumido por lo menos una sustancia psicoactiva alguna vez en la vida. Los criterios de exclusión fueron: Sujetos con alguna limitación auditiva, visual o de lenguaje que impidiera responder la encuesta, no hablar español y personas institucionalizadas (Ministerio de salud, 2015).

### Instrumentos

Además de los datos generales del individuo y del hogar, se evaluó el Índice de Pobreza Multidimensional (IMP), un indicador que refleja la privación de los hogares en cinco dimensiones relacionadas con: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y juventud, 3) trabajo, 4) salud y 5) acceso a servicios públicos domiciliarios y de la vivienda, pero que no incluye pobreza monetaria (JNK & CFJ, 1988; Kolenikov, 2010) Así mismo, se evaluó el funcionamiento familiar de los hogares, mediante el uso del APGAR familiar (Smith H., 1998).

Para evaluar la presencia de trastornos mentales en los adolescentes se entrevistó directamente al adolescente, utilizando el instrumento CIDI-CAPI (versión 21.1.3), asistida por computador, que permite evaluar trastornos mentales en individuos a partir de los 12 años (Haro , Arbabzadeh-Bouchez , Brugha , de Girolamo , Guyer , Jin, 2006). El CIDI-CAPI (composite International Diagnostic Interview), es una entrevista altamente estructurada, que para este estudio proporciona diagnósticos de los últimos doce meses, de trastornos mentales como: depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social, suicidio y manía, basado en los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales-IV (DSM-IV) y de la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Haro , Arbabzadeh-Bouchez , Brugha , de Girolamo , Guyer , Jin, 2006; Medular, 1997; Ministerio de salud, 2015).

El consumo de sustancias psicoactivas fue medido utilizando el instrumento Assist modificado (Substance Involvement Screening Test), el cual fue creado para la encuesta y se basó en preguntas de la Prueba detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST), donde se pregunta por consumo de cigarrillo y derivados del tabaco, alcohol, cannabinoides, cocaína, basuco,

opioides, alucinógenos, inhalantes, estimulantes o tranquilizantes, alguna vez en la vida y aquellos quienes lo reportan se les preguntaba en los últimos 12 meses, por esto el consumo de alguna vez en la vida puede haber sido solo en los últimos 12 meses, también se pregunta por problemas relacionados al consumo (American Academy of Pediatrics, 2010; Haro , Arbabzadeh-Bouchez , Brugha , de Girolamo , Guyer , Jin , 2006; Smith , 1998).

### Análisis de datos

Se estimaron porcentajes e intervalos con un nivel de confianza del 95 % para cada una de las variables bajo estudio utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas utilizando STATA 14 (JNK & CFJ, 1988; Kolenikov, 2010). Para este reporte se presentan los coeficientes de variación (CV) menores 33,3 % lo que indica que son estimaciones confiables estadísticamente, y aquellos mayores a 33,3 % se marcan con un asterisco y se consideran imprecisos. Los resultados se reportaron como medida del efecto el Riesgo Relativo Indirecto en porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza del 95 %.

## RESULTADOS

Del total de la población encuestada entre 12 y 17 años, el 75,9% (IC95%: 72,8-78,7) no reporta consumo de sustancias psicoactivas. No obstante, el 24,1% de adolescentes ha consumido por lo menos una sustancia psicoactiva alguna vez en la vida. Del total de la población que ha consumido por lo menos una sustancia, el 21,7% ha consumido alcohol, siendo esta la sustancia que reporta mayor prevalencia de consumo. En ese orden de ideas, la prevalencia de consumo de alcohol asociado a tabaco fue de 2,5% (IC95%: 1,3-4,8); a marihuana de 0,9% (IC95%: 0,5-1,6); a tabaco y marihuana de 1,2% (IC95%: 0,6-2,1). En contraparte, la prevalencia de consumo de una sustancia diferente al alcohol fue de 2,5% (IC95%: 1,6-3,7); de estas, la sustancia de mayor prevalencia fue el tabaco representando el 1,5% (IC95%: 0,9-2,5). La prevalencia de consumo del resto de sustancias exceptuando al alcohol no fue estadísticamente significativa (ver Tabla 1).

Tabla 1. Descripción general de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida

SUSTANCIA PSICOACTIVA	Porcentaje %	IC 95%	n	CV
alcohol	16,6	14,2-19,2	286	7,6
alcohol + tabaco	2,5	1,3-4,8	35	33,7
alcohol + marihuana	0,9	0,5-1,6	17	29,0
alcohol + tabaco + marihuana	1,2	0,6-2,1	19	31,1
alcohol + tabaco + otras spa	0,1*	0,0-0,3	2	72,0
alcohol + marihuana + otras spa	0,0*	0,0-0,3	1	100,0
alcohol + tabaco + marihuana + otras spa	0,4*	0,2-0,9	10	40,1
<b>Total</b>	<b>21,7</b>	<b>18,9-24,7</b>	<b>370</b>	<b>6,8</b>
tabaco	1,5	0,9-2,5	22	26,1
marihuana	0,5*	0,2-1,6	6	57,5
otras spa	0,0*	0,0-9,1	1	100,1
tabaco + marihuana	0,2*	0,1-0,6	4	58,4
marihuana + otras spa	0,2*	0,1-0,7	3	68,5
tabaco + marihuana + otras spa	0,1*	0,0-0,2	2	74,1
<b>subtotal (alguna sustancia sin alcohol)</b>	<b>2,5</b>	<b>1,6-3,7</b>	<b>38</b>	<b>21,0</b>
<b>subtotal (por lo menos 1 sustancia)</b>	<b>24,1</b>	<b>21,3-27,2</b>	<b>408</b>	<b>6,3</b>
<b>Ningún consumo</b>	<b>75,9</b>	<b>72,8-78,7</b>	<b>1346</b>	<b>2,0</b>

\*: Estimaciones con CVE mayor al 33,3 %, por lo tanto, son imprecisas.

De la población encuestada entre 12 a 13 años el 10,3 % ha consumido por lo menos a una sustancia psicoactiva, cifra que corresponde al 22,1% (IC95%: 17,0-28,3) en el grupo de 14 a 15 años, y al 39,9% (IC95%:34,5-45,5) entre 16 a 17 años. Los datos obtenidos sugieren que, a mayor edad, mayor consumo de sustancias. Discriminando por género, se evidencia que los hombres presentan mayor consumo que las mujeres. Respecto a la escolarización, se encontró que los adolescentes no escolarizados representan el 38,4% (IC95%:30,5-47,0), cifra considerablemente mayor comparado con los escolarizados, 21,9% (IC95%:18,9-25,2), sugiriendo que ser escolarizado se relaciona con menor consumo de sustancias.

Así mismo, en el área urbana los adolescentes consumen más sustancias que en el área rural. La región que presenta el porcentaje más alto en cuanto a consumo de sustancias es Bogotá con un 33,8% (IC95%: 24,7-44,2), seguida de la oriental con el 31,9% (IC95%: 25,6-39,0), la central con el 27,7% (IC95%. 21,5-35,0), la pacífica con un 16,9% (IC95%:12,0-23,3), por último, la región atlántica reporta el menor consumo con el 13,0% (IC95%: 9,6-17,2). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los hogares en estado de pobreza y consumo de sustancias. En relación a la conformación del hogar, tampoco hubo datos relevantes. No obstante, al evaluar el funcionamiento familiar, se evidenció que aquellos adolescentes que vivían en hogares con disfunción familiar moderada o severa presentaban mayor consumo de sustancias, siendo este del 37,6% (IC95%: 26,2-50,5) comparado con el 22,6% (IC95%: 19,5-26,1) en familias sin disfunción familiar.

En ese orden de ideas, los datos muestran que el nivel educativo de la madre se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, sugiriendo que, a mayor nivel educativo de la madre, menor consumo de sustancias por parte de sus hijos. Sin embargo, esta relación no sigue el mismo comportamiento en el nivel educativo del padre (ver Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de variables demográficas vs. porcentaje de consumo de por lo menos una sustancia

	% Consumo por lo menos una sustancia	CV	IC 95%	valor p
<u>Edad</u>				
12 a 13	10,3	17	7,4-14,1	0,0000
14 a 15	22,1	13	17,0-28,3	
16 a 17	39,9	7	34,5-45,5	
<u>Sexo</u>				
Hombre	27,7	8	23,8-32,1	0,0208
Mujer	20,6	11	16,7-25,2	
<u>Escolarizado</u>				
Si	21,9	7	18,9-25,2	0,0001
No	38,4	11	30,5-47,0	
<u>Nivel educativo</u>				
Ninguno/Primaria	16,8	9	14,1-20,0	0,0000
Secundaria	36,3	8	30,8-42,1	
Técnico/Tecnólogo	78,9	23	30,5-97,0	
<u>Zona</u>				
Urbano	25,9	7	22,5-29,5	0,0533
Rural	19,2	14	14,4-25,1	
<u>Región</u>				
Central	27,7	12	21,5-35,0	0,0000
Atlántico	13,0	15	9,6-17,2	
Bogotá	33,8	15	24,7- 44,2	
Oriental	31,9	11	25,6-39,0	
Pacífica	16,9	17	12,0-23,3	
<u>Hogares en estado de pobreza</u>				
Hogares con acceso	22,5	23	13,9-34,5	0,6123
Hogares No vulnerables a PMD	24,0	9	20,0-28,5	
Hogares vulnerables a PMD	28,2	12	22,1-35,1	
Hogares en estado de pobreza	22,1	13	17,0-28,3	
<u>Con quién vive</u>				
Ambos padres	20,8	9	17,1-24,9	0,1982
Madre	26,6	10	21,9-32,0	
Padre	22,6	25	13,4-35,4	
Ninguno	30,4	23	18,4-45,8	
<u>Disfunción familiar</u>				
No	22,6	7	19,5-26,1	0,0167
Leve	28,7	15	21,1-37,8	
Moderado o severa	37,6	17	26,2-50,5	

Tabla 2. Descripción de variables demográficas vs. porcentaje de consumo de por lo menos una sustancia (Continuación)

	% Consumo por lo menos una sustancia	CV	IC 95%	valor p
<u>Nivel educativo madre</u>				
Ninguno/Primaria	22,9	10	18,8-27,5	0,0370
Secundaria	28,2	9	23,7-33,2	
Técnico/Universitario	15,5	25	9,2-24,8	
No sabe	21,1	57	6,1-52,2	
<u>Nivel educativo padre</u>				
Ninguno/Primaria	25,7	10	21-31,1	0,7597
Secundaria	23,3	9	19,4-27,7	
Técnico/Universitario	20,4	24	12,4-31,6	
No sabe	24,7	28	13,5- 40,8	

De los adolescentes entre 12 y 17 años que han presentado cualquier trastorno en la vida, el 44,3% (IC95%: 33,9-55,2) ha consumido por lo menos una sustancia psicoactiva; en relación a trastornos del afecto, el 49,8% (IC95%: 33,9-65,8) que presentan este tipo de trastornos, han consumido por lo menos una sustancia, y respecto los trastornos de ansiedad, el 41,4% (IC95%: 29,4-54,4) ha consumido por lo menos una sustancia. Estos datos sugieren que aquellos adolescentes que presentaron alguno de los trastornos mencionados, han presentado mayor consumo de sustancias que los restantes. Así mismo, se observa una asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de trastornos mentales en la adolescencia (ver Tabla 3).

Tabla 3. Descripción de trastornos mentales vs. porcentaje de consumo de por lo menos una sustancia

	% Consumo por lo menos una sustancia	CV	IC 95%	valor p
<u>Cualquier trastorno vida</u>				
Si	44,3	12	33,9-55,2	0,0000
No	22,6	7	19,7-25,8	
<u>Trastorno del afecto</u>				
Si	49,8	17	33,9-65,8	0,0004
No	23,4	7	20,5-26,5	
<u>Trastorno de ansiedad</u>				
Si	41,4	16	29,4-54,5	0,0022
No	23,2	7	20,3-26,4	

El modelo de regresión logística, mostró que, a mayor edad, mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas. Evidenciando que el subgrupo de 16 a 17 años tiene 5,62 (IC95%:3,37-9,36) veces más riesgo que los adolescentes entre 12 y 13 años. De igual modo, los adolescentes con trastornos del afecto tienen más riesgo de consumir sustancias, que aquellos que no presentan estos trastornos. Ahora bien, pertenecer a la región oriental se asocia con mayor riesgo de consumir por lo menos una sustancia (OR: 1,85 IC95%:1,3-3,03). En contraparte, se evidenció que ser mujer es un factor protector en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas (OR: 0,58 IC 95%:0,40-0,84). Así como, pertenecer a la región atlántica representa menor riesgo de consumo de sustancias (OR: 0,46 IC 95%:0,28-0,78) (ver Tabla 4).

Tabla 4. Regresión logística consumo de por lo menos alguna sustancia en la vida

Variable de comparación	OR	IC 95%
<u>Edad (12 a 13)</u>		
14 a 15	2,51	1,48-4,26
16 a 17	5,62	3,37-9,36
<u>Sexo (Hombre)</u>		
Mujer	0,58	0,40-0,84
<u>Trastorno del afecto (No)</u>		
Si	2,28	1,02-5,09
<u>Trastorno de ansiedad (No)</u>		
Si	1,62	0,78-3,36
<u>Educación de la madre (ninguna/primaria)</u>		
Secundaria	1,32	0,91-1,93
Técnico/Universitario	0,60	0,30-1,18
No sabe	0,59	0,04-8,84
<u>Escolarizado (Si)</u>		
No	1,29	0,79-2,09
<u>Con quien vive (ambos padres)</u>		
Madre	1,28	0,87-1,88
Padre	0,98	0,45-2,13
Ninguno	1,42	0,65-3,09
<u>Disfunción familiar (No)</u>		
Leve	1,14	0,68-1,90
Moderado o severo	1,65	0,85-3,24



Tabla 4. Regresión logística consumo de por lo menos alguna sustancia en la vida (Continuación)

Variable de comparación	OR	IC 95%
<u>Zona (Urbano)</u>		
Rural	0,75	0,47-1,19
<u>Región (Central)</u>		
Atlántica	0,46	0,28-0,78
Bogotá	1,58	0,87-2,89
Oriental	1,85	1,13-3,03
Pacífica	0,58	0,32-1,04

## DISCUSIÓN

Este estudio contribuye a las estadísticas nacionales de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. Tras una búsqueda sistemática de la literatura, se ha podido evidenciar, que hasta el momento no se han descrito prevalencias que asocien los trastornos mentales tanto del afecto como ansiedad al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes entre 12 y 17 años, colombianos. Por este motivo, consideramos se trata de un estudio con un aporte significativo a la ciencia y un gran impacto social en nuestro país, que permite la generación de posibles medidas de atención en salud pública en la población más vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo, permite hacer un reconocimiento de la falencia asociada a la normalización del consumo de sustancias psicoactivas en una población de riesgo.

Un estudio realizado en población adolescente mexicana evidenció mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes mujeres al compararla con varones, en nuestro estudio no se realiza una discriminación por sexo, puesto que, está enfocado al riesgo de sufrir cualquier trastorno de ansiedad o depresión en adolescentes y su asociación con el consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo, *Bejet C. et al* describen una prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses en adolescentes entre 12 y 17 años, de 24,6% para hombres y 35% para mujeres; mientras que en nuestro estudio se encuentra una prevalencia levemente mayor, siendo de 41,4% en ambos grupos, cabe aclarar que este dato se refiere al porcentaje de adolescentes que presentan cualquier trastorno de

ansiedad y adicional a ello, consumo de por lo menos una sustancia psicoactiva en la vida. De otro modo, *Bejet C et al*, reportan una prevalencia de cualquier trastorno afectivo en adolescentes, de 4,4% en hombres y 10,1% en mujeres, al compararlo con nuestros resultados, encontramos que la prevalencia de cualquier trastorno afectivo es de 49,8% en ambos sexos, los cuales se encuentran asociados al consumo de sustancias psicoactivas de por lo menos una vez en la vida. En ese mismo orden, *Bejet C et al*, describen una la prevalencia de cualquier trastorno por sustancias en adolescentes, hombres de 4,2% y en mujeres de 2,5%, mientras que en nuestro estudio la prevalencia de consumo de sustancias al menos una vez en la vida corresponde al 24,1%, que representa un porcentaje considerablemente mayor al compararlo con otro grupo de adolescentes latinoamericanos. También cabe resaltar, la diferencia de consumo por género, siendo considerablemente mayor en hombres que en mujeres (27,7% en hombres, y 20,6% en mujeres), cifra que se asemeja al comportamiento según género en lo reportado por *Bejet C et al.* y otros estudios descritos en la literatura (Benjet et al., 2009).

Como ha sido mencionado anteriormente, en nuestro estudio, la prevalencia de consumo de por lo menos una sustancia psicoactiva en la vida fue del 24,1%, el alcohol fue la sustancia más prevalente representando el 16,6%, cifra menor a la reportada por el estudio nacional de sustancias psicoactivas en Colombia del 2013. Es posible una subestimación del consumo real, dado la implementación de la encuesta (Ministerio de salud, 2015); no obstante, las cifras reportadas se asemejan a las descritas en la literatura universal y no difieren en gran medida a las descritas previamente en nuestro país. El uso de sustancias psicoactivas entre adolescentes es una problemática de salud pública, más aún cuando se presenta concomitantemente con ciertos trastornos mentales (Deas, 2006; Tull, Gratz, Aklin, & Lejuez, 2010). Los resultados arrojan una prevalencia de 49,8% de trastornos del afecto asociados al consumo de sustancias psicoactivas, cifra mayor a la reportada por Deas (2006) que alcanza un 35% (Deas, 2006). Al diferenciar por género, se evidenció mayor consumo en hombres que en mujeres, como ha sido descrito previamente (Degenhardt et al., 2008; Melchior, Chastang, Goldberg, & Fombonne, 2008). En lo referente al nivel educativo del adolescente, se evidenció que, a mayor nivel educativo, mayor consumo de sustancias, sugiriendo que mayor edad permite mayor

disponibilidad de sustancias, y en consecuencia mayor consumo de estas.

Por otro lado, los datos obtenidos no mostraron una relación entre el consumo de sustancias y el estado de pobreza de cada hogar evaluado, mientras que, múltiples estudios han evaluado esta relación, concluyendo que a bajo nivel socioeconómico, mayor consumo de sustancias en adolescentes, nuestros datos reportan lo opuesto. Consideramos que la discrepancia presentada en nuestro estudio, se debe a las diferentes herramientas utilizadas para evaluar el nivel socioeconómico de los individuos incluidos (Bukstein, 1997; Traube, Holloway, & Zhang, 2013). Desde otro punto de vista, se halló una relación entre el nivel educativo de la madre y el consumo de sustancias en adolescentes, sugiriendo que a mayor nivel educativo de la madre, menor consumo de sustancias en adolescentes, no obstante, en el modelo de regresión logística, esta variable no permitió establecer una relación directa (Degenhardt et al., 2008). En cuanto al funcionamiento familiar, se evidenció que la disfunción familiar moderada o severa aumenta el riesgo de consumo de sustancias en adolescentes, siendo este un factor de riesgo importante para el desenlace evaluado; concordando así con lo reportado en la literatura universal (Melchior et al., 2008).

En lo referente a salud mental, se ha descrito una asociación entre trastornos del afecto y el consumo de sustancias psicoactivas, en correspondencia a esto, los datos obtenidos podrían confirmar que los adolescentes con trastornos del afecto presentan mayor consumo de sustancias, permitiendo reportar que los adolescentes con estos trastornos presentan 2,28 veces más riesgo de consumir sustancias, siendo este un factor crucial en esta población. En efecto, Debora Deas (2006) demuestra que la presencia de trastornos del afecto asociado al consumo de sustancias aumenta significativamente el riesgo de suicidio, lo que genera una alerta en nuestra población y promueve así un llamado en salud mental dirigida a los adolescentes, puesto que es el suicidio una de las principales causas de muerte en la población adolescente en nuestro país y a nivel mundial (Deas, 2006; Social, 2014; WHO/FWC/MCA, 2014).

Con respecto a la coexistencia de trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas, estudios recientes describen una prevalencia del 44%, cifra similar a la nuestra del 41,4%. En ese orden de ideas,

es posible establecer una relación, no obstante, no es posible establecer la dirección causal de la misma, puesto que el diseño de nuestro estudio no lo permite. De otro modo, múltiples estudios sugieren un solapamiento del trastorno de ansiedad y el uso de sustancias, escenario en el que es frecuente encontrar adolescentes con trastornos de ansiedad que usan sustancias psicoactivas para el control de síntomas, dificultando de esta manera el diagnóstico del trastorno de ansiedad y aumentando significativamente el riesgo de dependencia a sustancias psicoactivas. (Deas, 2006; Melchior et al., 2008; Salud, 2005; Schiff, 2014).

Entre las limitaciones, cabe describir que, al evaluar las prevalencias de los trastornos mentales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, es factible encontrar una alta variabilidad de acuerdo a los instrumentos de medición, los rangos de edad, las diferencias poblacionales, culturales o metodológicas, pudiendo limitar la comparación de nuestros resultados con otros estudios. A pesar de esto, los datos obtenidos concernientes al consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales en adolescentes se asemejan a los descritos en la literatura universal, permitiendo conocer la prevalencia de trastornos mentales en adolescentes colombianos que consumen sustancias psicoactivas. Como fortalezas, la muestra de adolescentes entre 12 y 17 años es representativa de la población colombiana. Así mismo, es el primer estudio en Colombia que evalúa la asociación entre trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas; por otro lado, éstos datos permiten actualizar las estadísticas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos, así como estimar la asociación con trastornos mentales y otras variables demográficas relevantes (Deas, 2006; Salud, 2005).

En general los resultados descritos sobre el consumo de sustancias psicoactivas parecen verse afectados por factores que deben tenerse en cuenta en nuestro país, como lo son: el género, la edad, la región, el funcionamiento familiar y ciertos trastornos mentales (Wiesner C & Peñaranda, 2002). Adicionalmente, los datos obtenidos permiten estimar el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, asociados a la presencia de los trastornos del afecto y ansiedad en adolescentes entre 12 y 17 años. Bajo esta realidad surge un problema que puede pasar desapercibido donde la población adolescente colombiana puede verse vulnerada debido a



la falta de herramientas para tomar decisiones acertadas, la susceptibilidad al consumo, pobre cumplimiento de medidas de salud pública, y un difícil reconocimiento de síntomas de trastornos mentales.

## Conclusión

Los adolescentes colombianos entre 12 y 17 años presentan una alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, especialmente de alcohol. Así mismo, aquellos que presentan disfunción familiar moderada o severa en sus hogares tienen mayor consumo de estas. Por otro lado, en cuanto a trastornos mentales, se puede concluir que adolescentes con trastornos del afecto presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias al compararlo con los que no presentan este tipo de trastornos. De igual forma, exhibir trastornos de ansiedad representa un factor de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de consumo de sustancias en adolescentes con trastornos mentales, y el impacto socioeconómico que esto representa para el país, es menester proporcionar intervenciones oportunas en cuanto a la orientación, detección e intervención de los mismos.

## REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics. (2010). Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit. Mental health screening and assessment tools for primary care. *American Academy of Pediatrics*.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Sex differences in the prevalence and severity of psychiatric disorders in adolescents from Mexico City | Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155–163.
- Bukstein, O. (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Substance Use Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 140S–156S. <https://doi.org/10.1097/00004583-199710001-00009>
- De La Villa Moral Jiménez, M., Molleda, C. B., Bernal, A. O., Quintero, L. A. M., & Díaz, F. J. R. (2017). Emergencia sociosanitaria en consumo de riesgo de alcohol y síntomas de dependencia en jóvenes. *Health and Addictions / Salud Y Drogas*, 17(2), 91–99.
- Deas, D. (2006). Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.0706e02>
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M., ... Wells, J. E. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO world mental health surveys. *PLoS Medicine*, 5(7), 1053–1067. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050141>
- Flanagan, J. C., Korte, K. J., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2016). Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 18(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0709-y>
- García, V. G., Luque, B., Ruiz, M. S., & Tabernero, C. (2017). Emotional regulation on depression and cognitive damage of psychoactive substance consumers. *Health and Addictions / Salud Y Drogas*, 17(2), 125–136.
- Gomez, Alfonso, M. de J. y derecho, Ruiz Gomez, F., & Bo Mathiasen, R. de la O. de las N. U. contra la droga y el D. (2013). Estudio De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia 2013, 9, 175. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gómez, A. P., Mejía, J., María, T., Reyes Rodríguez, F., & Cardozo Macías, F. (2015). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: 2015*.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, 15(4), 197–80.
- JNK, R., & CFJ, W. (1988). Journal of the American Statistical Association. *Resampling Inference with Complex Survey Data*, 83(401), 231–41.
- Kolenikov, S. (2010). Resampling variance estimation for complex survey data. *Stata Journal*, 10(2), 165–99.
- Medular, V. (1997). Internacional Compuesta, (CIDI).
- Melchior, M., Chastang, J.-F., Goldberg, P., & Fombonne, E. (2008). High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: Results from the GAZEL Youth study. *Addictive Behaviors*, 33(1), 122–133. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.09.009>
- Ministerio de salud, C. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I. 2015.
- Navarro, A. A. (2015). Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos. Retrieved from <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/3691>
- Nelson, S. E., Van Ryzin, M. J., & Dishion, T. J. (2015). Alcohol, marijuana, and tobacco use trajectories from age 12 to 24 years: Demographic correlates and young adult substance use problems. *Development and Psychopathology*, 27(1), 253–277. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000650>
- ODC. (2016). Reporte de Drogas en Colombia.
- Salud, O. M. de la. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.
- Schiff, M. (2014). Adolescent Substance Use in Israel: The Roles of Exposure to Political Traumas and Posttraumatic Stress Symptoms, 28(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0035603>
- Smith H. (1998). Needs assessment in mental health services: the DISC Framework. *J Public Health*, 20(2), 154–60.
- Social, M. D. S. Y. L. P. (2014). Análisis de Situación de Salud. *Ministerio de Salud Y La Protección Social*, 238.

- Traube, D., Holloway, I., & Zhang, J. (2013). National Study of the Role of Recent Illicit Substance Use on the Relationship Between Depressive Symptoms and Sexual Risk Behavior Among Child Welfare-Involved Adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(4), 589-597. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.589>
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Aklin, W. M., & Lejuez, C. W. (2010). A preliminary examination of the relationships between posttraumatic stress symptoms and crack/cocaine, heroin, and alcohol dependence. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.08.006>
- Welsh, J. W., Knight, J. R., Hou, S. S. Y., Malowney, M., Schram, P., Sherritt, L., & Boyd, J. W. (2017). Association Between Substance Use Diagnoses and Psychiatric Disorders in an Adolescent and Young Adult Clinic-Based Population. *Journal of Adolescent Health*, 60(6), 648-652. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.018>
- WHO/FWC/MCA. (2014). Salud para los adolescentes del mundo. *OMS*, 1, 20. Retrieved from [www.who.int/adolescent/second-decade](http://www.who.int/adolescent/second-decade)
- Wiesner C, C., & Peñaranda, D. (2002). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Reporte de Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 6(4), 5-14. Retrieved from <http://www.cancer.gov.co/documentos/revistas/2002/pub4/2>