



## UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ORIENTE INFORME EJECUTIVO PRODUCTO DE INVESTIGACIÓN

### I. INFORMACIÓN GENERAL

INFORME	AÑO	MES	DÍA
	2023	01	18

<b>Nombre del Proyecto:</b> SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO.	
Nombre del Producto: PRODA. Libro B: Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes del Oriente Antioqueño.	
Fecha de convocatoria:	CONVOCATORIA PRODUCTOS DE INVESTIGACIÓN – SEMESTRE 1-2022
<b>Fecha de inicio:</b> ENERO 2022	<b>Fecha de finalización:</b> DICIEMBRE 2022

Investigador principal	Paula Cristina Ríos Zapata
Co-investigador	Mónica Marcela Acosta Amaya
Auxiliares de investigación	Manuela Ospina García Rashell Ivanna Quintero Pérez

### II. INFORME DE LOS OBJETIVOS

#### Objetivo general:

Elaborar el libro Resultado de investigación, en categoría Libro B

Objetivos Específicos	Resultado/Producto esperado
Elaborar el capítulo sobre Salud Mental	Primer borrador elaborado por Manuela Ospina García
Elaborar el capítulo sobre SPA	Primer borrador elaborado por Rashell Ivanna Quintero Pérez

### III. INFORME GENERAL DEL PRODUCTO DEL PROYECTO

Realizar la descripción de los resultados y productos alcanzado en la investigación.

**Capítulo de libro (s):** *Título del capítulo en libro, nombre del libro, autores, ISBN, número de volúmenes, número de páginas, edición, referencias libro, información de Colciencias*

#### Capítulo Salud Mental y Adolescencia

Para abordar el concepto de salud mental, se realizará una breve descripción de su evolución, tomando como punto de partida el año 1843 con la aparición por primera vez en la bibliografía inglesa del concepto de higiene mental en el libro titulado “Higiene mental, o un

examen del intelecto y las pasiones: diseñado para ilustrar su influencia en la salud y la duración de la vida” por William Sweetser<sup>1</sup>; sin embargo, el origen del movimiento de higiene mental se le atribuye a Clifford Beers, quien en 1907 publica “Una mente que se encontró a sí misma”<sup>2</sup> donde relata su experiencia de ingresos a hospitales mentales. El movimiento de higiene mental se dedicaba primaria y básicamente a la mejora de la atención de las personas con trastornos mentales. En 1909 se crea la National Commission of mental hygiene, cuya labor principal residía en “humanizar la atención de los locos: erradicar los abusos, las brutalidades y la desatención que tanto sufrimiento han causado tradicionalmente a los enfermos mentales” (Beers, 1909, como se citó en Bertolote, 2015, p. 113).

En 1950, un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud OMS presenta una primera definición de salud mental, claramente influida por la psiquiatría dinámica. Los tres criterios que se proponen para definir a una persona mentalmente sana son (OMS, 1950):

1. Alcanzar una síntesis satisfactoria de los propios instintos, potencialmente conflictivos.
2. Establecer y mantener relaciones armónicas con los demás.
3. La posibilidad de modificar el ambiente físico y social.

En 1958, la psicóloga social Marie Jahoda establece una sistematización de salud mental positiva en EE.UU para la Comisión Conjunta sobre Enfermedades Mentales y Salud (Jahoda, 1958), que puede decirse, constituye la concepción a partir de la cual emergen las definiciones posteriores. Los criterios propuestos por Jahoda alrededor de la salud mental, son:

1. Autoconcepto realista, identidad y autoestima
2. Búsqueda de crecimiento y autoactualización
3. Integración de sí mismo y de las distintas experiencias
4. Autonomía
5. Percepción objetiva de la realidad
6. Dominio del entorno: adaptación y éxito para alcanzar metas

Como manifiestan Restrepo y Jaramillo:

“La salud mental se presenta como un objeto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar”; discursos y prácticas que “obedecen a racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras, y por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que le subyacen” (2012, p. 203).

En este sentido se abordaran tres modelos explicativos de la salud mental, que a su vez se

<sup>1</sup> Título original: Mental hygiene: or and examination of the intellect and passions, designed to illustrate their influence on health and duration of life (Sweetser, 1843 como se citó en Bertolote, 2015).

<sup>2</sup> Título original: “A mind that found it self” ((Beers, 1907, como se citó en Bertolote, 2015).

dividen en diferentes perspectivas:

### 1. Modelo de salud

La salud se entiende como un concepto múltiple con diferentes enfoques teóricos y modelos derivados; el modelo salutogénico postula que la salud emocional, psíquica y somática se mantiene gracias a la habilidad dinámica del ser humano para adaptarse a los cambios de sus circunstancias vitales. Propuesto por Antonovsky (1987), quien estudió a mujeres nacidas en Europa Central entre 1914 y 1923, algunas de las cuales estuvieron recluidas en campos de concentración. Como era de esperar, el grupo de sobrevivientes de los campos de concentración mostró considerablemente más signos de enfermedad que las mujeres del grupo control. Sin embargo, el 29% de las prisioneras reportaron una salud mental relativamente buena a pesar de sus experiencias traumáticas. El autor se cuestionó cómo a pesar de las condiciones en extremo estresantes las mujeres lograron mantenerse saludables; a partir de esta investigación, Antonovsky plantea tres cuestiones centrales claves para su fundamentación teórica:

- ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?
- ¿Cómo logran recuperarse de la enfermedad?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

Dando así inicio al modelo salutogénico, el cual hace énfasis en los orígenes de la salud y el bienestar, se preocupa principalmente por mantener y fortalecer el bienestar, rechaza la hipótesis de que los factores estresantes son esencialmente negativos y plantea la posibilidad de que dichos factores pueden tener consecuencias beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para enfrentarlos.

Las perspectivas que componen este modelo son:

*1.1. Perspectiva Biopsicosocial*, Propuesta por Engel (1977), considera la enfermedad como una "interacción dinámica y recíproca entre variables biológicas, psicológicas y socioculturales que dan forma a las respuestas de la persona al dolor". El autor considera la relación que existe entre los sistemas conductuales, psicológicos y sociales de un individuo para la comprensión de su condición médica teniendo en cuenta que los ya mencionados sistemas interactúan intercambiando información, energía y otras sustancias

*1.2. Perspectiva holista de la salud*, de Nordenfelt, propone que la salud y la enfermedad no son términos exclusivamente biológicos o psicológicos, sino de la totalidad de la persona y el entorno. Una persona saludable tiene la capacidad de hacer lo que necesita hacer, en este sentido, el holismo involucra las posibilidades externas con las habilidades internas del sujeto, resultando en la obtención de metas en la vida (Juarez, 2011).

*1.3. Perspectivas de regulación afectiva*

**1.3.1. De tipo regulación emocional de Gross (1999):** propone que la regulación

emocional puede estudiarse en función del lugar en el que la estrategia de regulación se inserta dentro del proceso de generación de la emoción. Las estrategias de regulación emocional podrían dividirse en dos grupos:

- La regulación centrada en los antecedentes de la emoción: la persona puede elegir o modificar diversos elementos en función de sus necesidades de regulación emocional a través de fases. En primer lugar, cada persona puede modular el hecho de exponerse a ciertas situaciones y no a otras. En segundo lugar, la persona puede intentar cambiar dicha situación en una dirección u otra, es decir, la situación se puede configurar en parte por la acción u omisión de la persona. En tercer lugar, y una vez la situación se ha configurado, se puede modular la atención a unos elementos y no a otros de dicha situación con el objetivo de regular la respuesta emocional posterior. Y, por último, tomando en consideración esos elementos que han sido atendidos se pueden extraer unos significados y no otros de la situación en su conjunto, teniendo ciertos significados un mayor impacto que otros en el estado emocional consecuente.
- La regulación centrada en la respuesta emocional: Gross sugiere diversas estrategias según se actúe sobre cada uno de los componentes de la emoción. Así, se puede intentar influir sobre la experiencia emocional, la expresión o la activación fisiológica. La supresión de la expresión emocional ha sido la más estudiada, sobre todo, de forma contrapuesta a la reevaluación cognitiva

1.3.2. **De tipo cibernético** de Larsen de la regulación de ánimo (2000): es una aplicación del modelo general de control cibernético, que incluye un estado de ánimo de referencia al que se desea llegar, y funciona guiado por la reducción de discrepancia entre el estado de ánimo actual y dicho estado de ánimo deseado. El proceso se activa cuando el comparador detecta alguna diferencia entre el estado deseado y el percibido. Con el objetivo de reducir la discrepancia creada (feedback negativo), se activan uno o varios mecanismos de regulación emocional, dirigidos hacia el exterior (resolución de problemas, cambio de actividad), o hacia el interior (distracción, comparación social).

1.3.3. **De tipo homeostático** de Bower y Forgas (2001): propone que la regulación del estado de ánimo funciona a partir de un proceso homeostático. Es decir, el estado de ánimo puede oscilar alrededor de un punto, activándose mecanismos de regulación cuando dicho estado de ánimo se aleja significativamente del mismo.

1.3.4. **De tipo regulación del estado de ánimo** basado en la adaptación social: plantea que la regulación del estado de ánimo –positivo o negativo– se activaría con objeto de adaptarlo a la situación social de cada momento.

## 2. Modelo patogénico de salud

Busca la causa de una determinada alteración, considerando los síntomas y atacando la

enfermedad.

Las perspectivas que componen el modelo son:

### *2.1. Perspectiva Psicopatológica*

Desde esta perspectiva el trastorno mental se reconoce como la categoría más compleja en función de la perspectiva patológica de la salud mental, diferenciado del problema mental, que es conceptualizado como “el malestar y las dificultades en la interacción con otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental” (Ministerio de salud y protección social. 2016, p. 6).

Desde esta perspectiva, Goodman y Scott (2012), plantean que la mayoría de los síndromes psiquiátricos que afectan a niños y adolescentes implican combinaciones de síntomas (y signos) de cuatro áreas principales: emociones, comportamiento, desarrollo y relaciones. Siendo la esquizofrenia y la anorexia nerviosa excepciones a la regla. Los cuatro dominios de los síntomas son:

1. Síntomas emocionales: se recomienda indagar sobre miedos, ansiedades y cualquier evitación resultante. Entre los temas más frecuentes aparecen características depresivas asociadas que incluyen inutilidad, desesperanza, autolesión, anhedonia, falta de apetito, trastornos del sueño y falta de energía.

En el caso de los niños más pequeños la principal fuente de información son los padres, sin embargo, en niños mayores y adolescentes es necesario contar con el autoinforme. A menudo los padres y sus hijos discrepan en cuanto a la presencia o ausencia de síntomas emocionales.

2. Problemas de conducta: La indagación debe centrarse en los tres dominios principales del comportamiento (comportamiento desafiante, a menudo asociado con irritabilidad y arrebatos de mal genio; agresión y destructividad; y comportamientos antisociales como robar, prender fuego y abuso de sustancias). Es necesario preguntar a los niños y adolescentes acerca de si sus comportamientos desafiantes tienen un valor limitado, ya que, al igual que los adultos, a menudo les resulta difícil reconocer cuándo están siendo irracionales, disruptivos o irritables, por muy buenos que sean para reconocer estos rasgos en los demás.
3. Retrasos en el desarrollo: Las áreas de desarrollo que son de especial relevancia para la psiquiatría del niño y del adolescente son: regulación de la atención y la actividad; discurso y lenguaje; desempeñar; habilidades motoras; control de vejiga e intestinos; y logros académicos, particularmente en lectura, ortografía y matemáticas. Al juzgar los niveles actuales de funcionamiento, es posible basarse en observaciones directas del niño o adolescente, así como en informes de padres y maestros.
4. Dificultades de relación: La información sobre las relaciones sociales de un niño, niña o adolescente pueden provenir de varias fuentes desde como la observación de las interacciones familiares en la sala de espera o en la sala de consulta, hasta ver cómo el niño, niña o adolescente se relaciona con el examinador durante los exámenes del estado físico y mental, además, los padres a menudo pueden informar sobre las relaciones de

sus hijos desde los primeros años en adelante

Casi todos los niños y adolescentes tienen miedos, preocupaciones, períodos de tristeza y momentos en los que se portan mal, se inquietan o no se concentran. En general, solo se debe diagnosticar un trastorno si los síntomas tienen un impacto sustancial, dicho impacto se juzga a partir de:

1. Deterioro social
2. Angustia del niño, niña o adolescente.
3. Quizá por perturbación para los demás.

La medida principal del impacto debe ser si los síntomas resultan en un deterioro social significativo, comprometiendo la capacidad del niño o adolescente para cumplir con las expectativas normales del rol en la vida cotidiana. Las principales áreas de la vida cotidiana a considerar son la vida familiar, el trabajo en clase, las amistades y las actividades de ocio, aunque a veces es relevante la interferencia con el trabajo remunerado o la salud física. También son importantes dos medidas subsidiarias de impacto: la angustia del niño o adolescente; e interrupción para los demás. Al igual que sus contrapartes adultas, los niños y adolescentes que están ansiosos o deprimidos a veces pueden cumplir con las expectativas normales del rol mientras experimentan una angustia interna considerable. Igualmente, los problemas de conducta a veces pueden conducir a una interrupción para los demás sin que resulte en mucha angustia aparente o deterioro social para el niño o adolescente.

La presencia de un trastorno se puede explicar en términos de:

1. Factores predisponentes
2. Factores precipitantes
3. Factores de perpetuación
4. Ausencia de factores protectores

También es importante establecer lo que es correcto acerca de este individuo y su familia. La identificación de los factores protectores puede aclarar por qué este individuo tiene un trastorno leve en lugar de uno grave

Desde un contexto más cercano según las investigaciones los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales; Antioquia pertenece a los departamentos con la tasa más alta en suicidio (Ministerio de Salud, 2015) donde se evidencia una estrecha asociación entre trastornos del afecto y ansiedad en adolescentes con consumo de sustancias (Cruz-Ramírez, Gómez-Restrepo, Rincón, 2016).

## *2.2. De tipo Biológico*

Asume como principio fundamental que el trastorno mental es una enfermedad. Así, las

alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anomalías biológicas subyacentes. El tratamiento deberá corregir esas anomalías orgánicas.

En el siglo XX, el modelo biomédico mantiene su influencia y se consolida a partir de los 50, cuando se comienzan a sintetizar y utilizar distintas clases de drogas psicotrópicas que mostraron su eficacia en distintos trastornos mentales; las bases biológicas de la conducta anormal presuponen que la alteración del cerebro es la causa primaria de la conducta anormal o de la anomalía mental. Los trastornos mentales estarían relacionados con las alteraciones celulares del cerebro. Las alteraciones pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de regiones cerebrales puede ser anormal) o bioquímicas (alteración de elementos bioquímicos por exceso o defecto). A su vez, esas alteraciones pueden ser consecuencia de factores genéticos, metabólicos, infecciosos, alérgicos, tumorales, cardiovasculares o traumáticos

Los conceptos centrales de la propuesta médico-psiquiátrica son

- Signo: indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo (fiebre).
- Síntoma: indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional (sensación de tener fiebre). De hecho, el síntoma aislado no resulta anormal. Es la unidad mínima describible en psicopatología. Los síntomas pueden ser primarios cuando nos orientan hacia un diagnóstico determinado y secundarios cuando no cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado.
- Síndrome: conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico.
- Enfermedad mental: estructura totalizante en la que adquieren sentido los fenómenos particulares, y por tanto dota de recursos para comprender los factores etiológicos, el pronóstico y el tratamiento.
- Discontinuidad entre lo normal y anormal: el trastorno mental se clasifica y diagnostica en base a criterios categoriales. Cada trastorno mental es una entidad clínica (nosológica) discreta, con características clínicas, etiología, curso, pronóstico y tratamiento específicos. Cada categoría clínica se diferencia cualitativamente de los demás trastornos mentales, así como de lo no clínico. Contrasta con una concepción dimensional de la psicopatología, donde la diferencia entre lo normal y lo anormal es de grado no discontinuidad.

### 2.3. De tipo Conductual

A principios de los 60, la posición conductual se perfila como nuevo paradigma de la Psicología clínica, los dos factores primarios que determinaron su surgimiento

- La madurez alcanzada por la psicología del aprendizaje.
- La insatisfacción con el estatus científico y modus operandi del modelo médico. La evolución histórica de la perspectiva conductual ha dado lugar a distintas orientaciones o submodelos.

La base la propuesta conductual se encuentra en el desarrollo y aplicación de los principios

del aprendizaje llevado a cabo en EEUU por Watson (Condicionamiento de respuestas emocionales), Thorndike (Conductas instrumentales, "ley del efecto") y Hull (Variables intermedias motivacionales (impulso)).

Las primeras formulaciones sobre la teoría conductual de la conducta anormal se establecen en los 60 con Wolpe, Eysenck y Jones. Estos autores se enfocan principalmente en la explicación de la conducta neurótica, que consiste en hábitos desadaptativos adquiridos mediante procesos de aprendizaje; en la actualidad las 3 orientaciones con mayor relevancia son la mediacional (clásica o clásica/operante), la operante o análisis experimental de la conducta y la conductual-cognitiva. Las dos primeras se centran en facetas observables de la conducta, la tercera en procesos cognitivos y su interacción con el comportamiento.

#### 2.4. De tipo Cognitivo

En su sentido más genérico, el término psicología cognitiva implica un conjunto de contenidos que son los que guían la investigación. Esos contenidos hacen referencia a la cognición, que implica la consideración del hombre como ser autoconsciente y activo que busca activamente conocimiento y se halla en un proceso constante de autoconstrucción. Implica también la aceptación de que los procesos de búsqueda y transformación de la información operan sobre representaciones internas de la realidad

La influencia de los planteamientos cognitivos sobre la psicopatología ha sido enorme y ha permitido que se recuperen temas como las alucinaciones, delirios, conciencia o amnesias. En un primer momento el objetivo básico de la psicología cognitiva es el análisis de las estructuras y los procesos de conocimiento que controlan la aparición de los comportamientos y las experiencias extrañas o anómalas, y no tanto las conductas anormales en sí mismas. El énfasis se sitúa en el concepto de experiencia anómala que se hace equivalente a los de disfunción o psicopatología. Esta perspectiva critica las concepciones reflejas, automáticas y predeterminadas de otros modelos (biomédico, psicodinámico o conductiva) sobre la base de argumentos como: el SNC es un sistema que procesa información. Incluso los reflejos incondicionados más sencillos (reflejo de orientación), implican cognición (la RO es la consecuencia de una reacción al cambio o a la novedad que conlleva la activación de procesos complejos de juicio y comparación). Respecto a postulados como el psicodinámico de la transmisión de energía, argumenta que lo que se transfiere no es energía sino señales e indicios (información) que son los que activan los procesos de conocimiento.

A nivel metodológico utiliza las técnicas y modos propios de la psicología cognitiva (experimental, social y de la personalidad). Así, la psicopatología se configura como un área de investigación básica cuyo objetivo es estudiar primero cómo funcionan los procesos cognitivos anómalos y segundo, cuáles son los contenidos de esos procesos anómalos, que información manejan, planteando de esta forma 6 postulados de tipo cognitivo en el contexto psicopatológico

- El objeto de estudio de la psicopatología con las experiencias, sentimientos y/o actividades, mentales o comportamentales que resultan: a) inusuales o anómalas, b) disfuncionales y dañinas, c) inadaptadas y fuera del control personal y d) que provocan interferencias o deterioro en el desarrollo personal, en el comportamiento y en las

relaciones sociales.

- Las experiencias, sentimientos y actividades mentales o comportamentales psicopatológicas se conceptúan en términos dimensionales, lo que implica que: a) es necesario considerar en qué grado se presentan en un momento dado y a lo largo del tiempo, b) qué variables median en su incremento y en su atenuación, y c) en qué grado difieren de la normalidad.
- Las diferencias entre la normalidad y la psicopatología son cuantitativas. No obstante, las diferencias de grado conllevan diferencias cualitativas en el procesamiento de la información y en la forma de experimentar la realidad.
- El objetivo de la investigación psicopatológica es el funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalos. Los procesos de conocimiento incluyen no sólo los procesos cognitivos, sino también las emociones, motivos, afectos y sentimientos.
- La investigación de las psicopatologías puede llevarse a cabo tanto en situaciones naturales como en condiciones artificiales.
- La salud mental se define sobre la base de 3 parámetros interrelacionados e inseparables: a) habilidad para adaptarse a las demandas externas y/o internas, b) esfuerzos de autoactualización, es decir, búsqueda constante de novedades y renovación, y c) Sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación

### **3. Modelos de Bienestar**

#### *3.1. Bienestar subjetivo*

Diener (1994) identifica dos categorías en el estudio de este modelo de bienestar, en primer lugar, se entiende el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos, relacionándose directamente a la satisfacción con la vida; en segundo lugar, valora el predominio de los afectos positivos sobre los negativos. Posteriormente, el autor divide el bienestar subjetivo en tres dimensiones, la primera hace referencia a la forma en la que el sujeto evalúa su vida, la segunda se enfoca en la influencia de los afectos positivos sobre los negativos y la tercera se relaciona con la perspectiva del “bien como la posesión de una cualidad deseable” en lugar de la idea de “bien-estar”

#### *3.2. Bienestar social*

Coray Keyes (1998) define este modelo a partir de la valoración de dominios propios en el funcionamiento social compuesto por cinco dimensiones:

- Coherencia social: Es el interés por la sociedad y por la vida social. Percepción de que el mundo social tiene lógica, es coherente y predecible
- Integración Social: Hace referencia a sentirse parte de la sociedad y sentirse apoyado con elementos a compartir.
- Contribución social: Percepción de que uno es contribuyente con algo valioso para la

sociedad en general.

- Actualización social: Es la sensación de que la sociedad es un marco que crece y se desarrolla permitiendo, además, el crecimiento y la actualización personal.
- Aceptación social: Hace referencia a las actitudes benévolas y positivas hacia los demás. Percepción de que el mundo no es un lugar hostil y cruel.

#### *Bienestar desde el enfoque de las capacidades*

Amartya Sen (1996) propone una perspectiva diferente para estudiar como los seres humanos estructuran propósitos de vida, definen valores, se relacionan con el bienestar y establecen relaciones públicas y privadas. Esta perspectiva se fundamenta en tres categorías:

- Funcionamientos: Conjunto de quehaceres y seres, aquellas cosas que los sujetos logran ser o hacer al vivir.
- Capacidades: El valor de las posibilidades que tienen los sujetos para lograr los funcionamientos, constituyendo un aspecto fundamental de su libertad.
- Agencia: La libertad que tienen los sujetos para definir sus propias metas, valores y objetivos, tomar decisiones y elegir por sí mismos las características básicas de su vida.

### 3.3. *Bienestar psicológico*

El modelo de la salud positiva ha sido abordado desde diferentes disciplinas, tal como la sociología donde la salud se entiende por algunos, como un estado óptimo de capacidades (Parsons, 1964). Igualmente se identifica con bienestar social, incorporando la noción de calidad de vida (Moreno-Altamirano, 2007). Unos de los más firmes defensores del modelo, desde la psicología positiva, son Seligman y Peterson (2003), quienes se apoyan en la tradición humanista, pero con énfasis en la perspectiva positiva; En el modelo se plantean que algunas capacidades pueden ser innatas y que, en interacción con el medio, se favorece la expresión de estas o no.

Sin embargo, uno de los modelos teóricos más representativos de esta perspectiva es el propuesto por Ryff (2014), en el que el bienestar psicológico se asume como un constructo multidimensional que incluye una serie de ámbitos y funciones que constituyen indicadores del desarrollo humano, lo que implica vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos, centrando su atención por lo tanto en el “desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, que produce mayor cantidad de emociones positivas o de placer y durante el cual el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo” (Sommerfeldt, Schaefer, Brauer, Ryff, Y Davidson, 2019; Universidad Nacional de Formosa, Meier, Oros, y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 2019; Uribe Urzola, Ramos Vidal, Villamil Benítez, y Palacio Sañudo, 2018; Veliz-Burgos, 2012).

Se plantean de esta manera tres principios que explican el funcionamiento psicológico humano:

- La salud mental consiste en búsqueda continua de la realización del verdadero potencial

de la persona

- La salud positiva y la salud negativa son dimensiones independientes, la salud positiva incluye los componentes físicos y mentales, y las relaciones entre estos componentes
- La salud mental positiva es un proceso dinámico y multidimensional que fluctúa de acuerdo al proceso evolutivo de las personas

El modelo multidimensional de bienestar psicológico de Carol Ryff (2014), fue denominado “Integrated Model of Personal Development” (Modelo Integrado de Desarrollo Personal), en el cual se destaca que el bienestar no es estático, sino que puede variar según la edad, el sexo y la cultura.

Está conformado por seis dimensiones, así como por su respectiva escala para hacer las respectivas mediciones.

- Autoaceptación: esto es importante para el funcionamiento positivo. Quienes tienen una alta autoaceptación se caracterizan por una actitud positiva hacia sí mismas, aceptando los diferentes aspectos de su personalidad, incluidos los negativos, sintiéndose bien incluso con su pasado. En cambio, las personas que tienen una autoaceptación baja se sienten insatisfechas consigo mismas y decepcionadas con su pasado.
- Relaciones positivas: está relacionado con las relaciones de calidad que se tienen con los demás, gente a quien se puede amar y con quien se puede contar. De acuerdo con Ryff, la soledad y el aislamiento social incrementan las probabilidades de sufrir enfermedades y disminuyen la esperanza de vida. Pero, las personas con puntuaciones altas en esta dimensión tienen relaciones satisfactorias, cálidas y de confianza; además, se preocupan por el bienestar de los demás y sienten empatía, intimidad y amor, entendiendo el proceso de dar y recibir. Quienes obtienen puntuaciones bajas, no tienen relaciones cercanas y tienen dificultad para ser abiertos, cálidos y preocuparse por otros.
- Propósito en la vida: es importante que la vida de una persona tenga un propósito y un sentido. Las personas necesitan vivir en función a objetivos y metas. De hecho, quienes obtienen puntuaciones altas en esta dimensión, siguen sueños, metas, objetivos y sienten que su vida se dirige hacia alguna parte; además consideran que su presente y su pasado no carecen de significado, sino que conservan creencias que le dan un sentido a su vida. Por el contrario, quienes tienen puntuaciones bajas sienten que sus vidas no tienen sentido y que no van a ningún lado, no tienen creencias que generen sentido a sus vidas, también tienen pocas metas.
- Crecimiento personal: esto consiste en sacar el mayor provecho de los talentos y habilidades, haciendo uso para ello de todas las capacidades y potencialidades. Es lo que permite que una persona crezca en medio de las dificultades. Quienes

obtienen puntuaciones altas sienten que están en un crecimiento continuo y abiertos a nuevas experiencias, deseando desarrollar su potencial. Quienes puntúan bajo se sienten atascados, sin sentir que mejoran, se sienten aburridos y con poca motivación, incapaces de desarrollar nuevos comportamientos y habilidades.

- **Autonomía:** es la sensación de elegir por sí mismo, tomar sus propias decisiones, incluso si estas van en contra de la opinión de la mayoría. Quienes tienen autonomía pueden resistir a la presión social y regular sus comportamientos. Son más independientes y no se dejan dirigir fácilmente por otros. En cambio, quienes tienen baja autonomía se preocupan por las expectativas de los demás y se dejan influir por otros. Deciden con base a la opinión de terceros.
- **Dominio del entorno:** se refiere al manejo de las oportunidades y exigencias del ambiente para satisfacer las capacidades y necesidades. Quienes tienen un alto autodominio del entorno sienten mayor control sobre el mundo y se sienten capaces de influir en su ambiente. Quienes tienen un bajo dominio suelen tener dificultades para manejar los asuntos de la vida diaria y se sienten incapaces de cambiar o mejorar su entorno.

Si bien los modelos de salud mental son generales, es necesario comprender que existen particularidades referidas al ciclo vital, es decir, la salud mental está directamente relacionada con la etapa del desarrollo en la que se encuentre el individuo; particularmente “la adolescencia es una etapa única y formativa, pero los cambios físicos, emocionales y sociales que se producen en este periodo, incluido la exposición a la pobreza, los malos tratos y la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental” (OMS, 2021 párrafo 1)

Ahora bien, tanto la OMS como diferentes instancias estatales a nivel nacional y departamental, la academia misma y diversas investigaciones (Barcelata y Rivas, 2016, 2016; Bullón y Valverde, 2019a; Congreso de Colombia, 2013; Goodman y Scott, 2012; Ministerio de salud y protección social, 2018; MinSalud y Colciencias, 2016; «OMS | Salud mental», 2019; Organización Mundial de la Salud, 2013; Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, y Inchausti, s. f.; Torres et al., 2009) han reconocido la importancia de identificar de manera temprana los problemas de salud mental en los adolescentes como una estrategia para prevenir consecuencias más graves derivadas de sintomatología que si se interviene oportunamente puede remitir o incluso desaparecer, además de ser también una forma de prevenir la aparición de problemas en la vida adulta, sobre todo si tiene en cuenta que la depresión mayor, el consumo de sustancias psicoactivas y otros síntomas asociados a problemas mentales “tienen a menudo su inicio en la adolescencia, y se asocia a problemas psicosociales severos y al incremento del riesgo de comportamientos relacionados con desordenes de la conducta y el suicidio. Además, se cuenta con valiosa y reciente información sobre intervenciones preventivas exitosas para la depresión en adolescentes” (Torres et al., 2009, p. 19)

Son muchos los factores que afectan a la salud mental. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes, mayores serán los efectos que puedan

tener para su salud mental. Algunos de estos factores que pueden contribuir al estrés durante la adolescencia son la exposición a la adversidad, la presión social de sus compañeros y la exploración de su propia identidad. (OMS, 2021).

Otros estudios dan a conocer las asociaciones positivas entre el bienestar psicológico y la calidad del sueño (Marín et al, 2008). Sin embargo, Roberts et al, (2009) son quienes centran su investigación en población adolescente a través de un estudio en el cual se confirma que entre semana los jóvenes duermen menos horas de las recomendadas, concluyendo así que la privación del sueño aumenta el riesgo en múltiples dominios de disfunción provocando efectos nocivos generalizados.

Además de la alta prevalencia de trastornos de sueño entre adolescentes, el malestar psicológico en esta población está directamente relacionado con el hecho de fumar tabaco o beber alcohol, la baja autoestima y el autoconcepto negativo.

La existencia de múltiples modelos alrededor de la salud mental, indica que es un constructo amplio, multidimensional y multiparadigmático. Estos modelos antes de ser opuestos, se complementan, pues, la existencia de recursos personales y emocionales de bienestar no niega la existencia de problemáticas a nivel de la salud mental; tanto es así que la legislación que reconoce la salud mental como un derecho fundamental plantea la necesidad de promover los recursos personales (modelo salutogénico del bienestar) y prevenir e intervenir en el caso que sea necesario la aparición de síntomas, problemas mentales y trastornos mentales (modelo patogénico).

En Colombia, el Gobierno Nacional a través de varios referentes normativos como la política de atención integral en salud y ministerio de salud y protección; establece que la reducción del riesgo financiero de las familias, fundamental en la seguridad social, no necesariamente es el objetivo nuclear de un sistema de salud. El objetivo central de un sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de su población, bajo el concepto de seguridad social.

El gasto más representativo está justificado en la provisión de los servicios de salud. Sin embargo, desde el Reporte Lalonde (1974) se ha establecido que las intervenciones biomédicas tienen poco impacto en el estado de salud de las poblaciones y que sólo las intervenciones de naturaleza promocional, preventiva y ambiental que afectan el entorno y estilo de vida, producen cambios significativos en esas condiciones de salud.

Así mismo la Ley 1616 de 2013 y la actual Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025 (Secretaría Distrital de Salud, Pontificia Universidad Javeriana y hospital Usaquén, 2015) han establecido que la salud mental es derecho tanto individual como colectivo siendo prioridad dentro de la Salud Pública.

Así las cosas, su objeto es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental en la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

La resolución 4886 de 2018 del ministerio de salud y protección social, tiene como

objeto adoptar la política nacional de salud mental la cual es de cumplimiento obligatorio para los integrantes del sistema general de seguridad social en salud. Promoviendo la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud mental en todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales; los ejes de la política de salud mental son: promoción de la convivencia y la salud de los entornos, prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, atención integral, rehabilitación integral e inclusión social, gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pp. 19, 20-25)

En Antioquia, la secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia hace público el Boletín Información para la Acción (BIA), informe epidemiológico cuyo objetivo es difundir los principales indicadores de los eventos de notificación, estrategias de intervención desde la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud mental; se desarrolla el fortalecimiento de capacidades de los actores a nivel municipal, a través de asistencias técnicas, desarrolla talleres y demás estrategias educativas, para el reconocimiento, la prevención y manejo de los principales problemas de salud mental, con énfasis en la conducta suicida, los diferentes tipos de violencia de género y el consumo de psicoactivos (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2018, pp. 2-14)

En la misma línea, el informe de la encuesta nacional de salud mental de 2015 tiene el propósito de describir el proceso de aplicación y los resultados obtenidos en Colombia. Esta encuesta, promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social, apoyada por Colciencias, es la cuarta que se realiza en el país; las anteriores corresponden a 1993, 1997 y 2003. Se enmarca en el Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para Salud de Colombia, y es un insumo para el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (1). Da cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, a su vez a los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de fortalecer la capacidad investigativa y contar con información adecuada para adoptar las mejores decisiones.

La Salud mental, entendida desde la ley 1616 de 2013 y soportada en la OMS, como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Congreso de Colombia, 2013, p. 1).

## REFERENCIAS

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Bertolote, J. (2015). Raíces del concepto de salud mental. Department of mental health, world health organization, Geneva, Switzerland. <https://es.slideshare.net/titovitor/races-del-concepto-de-salud-mental>.
- Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C., & Rincón, C. J. (2017). Salud mental y consumo de

- sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos mental health and use of psychoactive substances in colombian adolescents. 18.
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. In: Michalos, A.C. (eds) Citation Classics from Social Indicators Research. Social Indicators Research Series, vol 26. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/1-4020-3742-2\\_16](https://doi.org/10.1007/1-4020-3742-2_16).
- Engel GL. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.
- Fariás, I. (2021). Las 6 dimensiones del modelo de bienestar de Carol Ryff. PsicoActiva. <https://www.p psicoactiva.com/blog/corrientes-psicologicas/modelo-de-bienestar-de-carol-ryff/> <https://psicologia.isipedia.com/segundo/psicopatologia/psicopatologia-parte-1/02-conceptos-y-modelos-en-psicopatologia>.
- Goodman, R. y Scott, S. (2012). Child and Adolescent Psychiatry. Wiley-Blacwell.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. Cognition and Emotion, 13(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>.
- Hervás, G. Vázquez, C. (2021). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. Revista de psicología general y aplicada, 59 (1-2).
- Jahoda, M.(1958). Current Concepts os Positive Mental Health. A report to the staff director. Joint Commission on Mental Illness an Health.
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research, 4, (1) <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
- López, S. (2009). Optimización en psicología evolutiva y de la salud aplicada al desarrollo prenatal. Psicología educativa, 14, 2 <https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/ed2008v14n2a5.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social – Gobierno de Colombia. (2015). Documento Metodológico Encuesta Nacional de Salud Mental.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 4886 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? Utopía y Praxis Latinoamericana, 23, (83) <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/html/>.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1979). Serie de Informes técnicos N°31. Comité de expertos en higiene mental. Informe de la segunda reunión.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2021). Salud mental del adolescente. En <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Restrepo DA, Jaramillo JC. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 30(2): 202-211.
- Rivera, F. Ramos, P. Moreno, C. Hernán, M. García-Moya, I. (2010). Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ryff, C. Advances in the Scienie and Practice of Eudaimonia. Psychother Psychosom. 83:10-28.

- Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia. (2018). Boletín Información para la Acción, BIA. <https://www.dssa.gov.co/images/documentos/BIA-SALUD-MENTAL-OCTUBRE-2018.pdf>
- Sen, A. (1998). Capital humano y capacidad humana. Cuadernos de Economía. V. XVII, N°29. Bogotá. Páginas 67-72.
- Miranda Hiriart, G. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental? Utopía y Praxis Latinoamericana, 23, (83) <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/html/>
- Bertolote, J. (2015). Raíces del concepto de salud mental. Department of mental health, world health organization, genva, switzerland. <https://es.slideshare.net/titovitor/races-del-concepto-de-salud-mental>
- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research, 4, (1) <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
- Hervás, G. Vázquez, C. (2021). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. Revista de psicología general y aplicada, 59 (1-2) [https://www.researchgate.net/profile/Carmelo-Vazquez/publication/235428353\\_La\\_regulacion\\_afectiva\\_Modelos\\_investigacion\\_e\\_implicaciones\\_para\\_la\\_salud\\_mental\\_y\\_fisica/links/608bb82b458515d315e6e0ab/La-regulacion-afectiva-Modelos-investigacion-e-implicaciones-para-la-salud-mental-y-fisica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carmelo-Vazquez/publication/235428353_La_regulacion_afectiva_Modelos_investigacion_e_implicaciones_para_la_salud_mental_y_fisica/links/608bb82b458515d315e6e0ab/La-regulacion-afectiva-Modelos-investigacion-e-implicaciones-para-la-salud-mental-y-fisica.pdf)
- López, S. (2009). Optimización en psicología evolutiva y de la salud aplicada al desarrollo prenatal. Psicología educativa, 14, 2 <https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/ed2008v14n2a5.pdf>
- Farias, I. (2021). Las 6 dimensiones del modelo de bienestar de Carol Ryff. PsicoActiva. <https://www.p psicoactiva.com/blog/corrientes-psicologicas/modelo-de-bienestar-de-carol-ryff/> <https://psicologia.isipedia.com/segundo/psicopatologia/psicopatologia-parte-1/02-conceptos-y-modelos-en-psicopatologia>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 4886 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia. (2018). Boletín Información para la Acción, BIA. <https://www.dssa.gov.co/images/documentos/BIA-SALUD-MENTAL-OCTUBRE-2018.pdf>
- Rivera, F. Ramos, P. Moreno, C. Hernán, M. García-Moya, I. (2010). Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/33758/An%C3%A1lisis%20del%20modelo%20salutog%C3%A9nico.pdf?sequence=1>

## **CAPITULO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ADOLESCENCIA**

Según la Organización Panamericana de la Salud – OPS –, y la Organización Mundial de la Salud – OMS – “las sustancias psicoactivas hacen referencia al conjunto de compuestos

naturales o sintéticos que actúan en el sistema nervioso, produciendo alteraciones en las funciones encargadas de los pensamientos, emociones y el comportamiento” (OPS/OMS, s.f., párr.1).

De acuerdo con el efecto causado, las sustancias psicoactivas se clasifican en estimulantes, encargadas de avivar la actividad psíquica, afectando directamente al sistema nervioso, alterando la percepción del espacio tiempo, produciendo cambios en los ritmos de los órganos y otro tipo de afecciones antinaturales para el cuerpo. Las depresoras o también conocidas como sedantes, son aquellas que disminuyen el ritmo de las funciones corporales, la actividad mental y el sistema nervioso central, enfatizando en éste ya que es el principal perjudicado y las Alucinógenas, son capaces de alterar y/o distorsionar la percepción sensorial de un individuo, interfiriendo en su estado de conciencia y capacidades cognitivas, produciendo de esta forma diferentes tipos de alucinaciones. (Ministerio de Justicia y de Derecho-Minjusticia-s.f.)

Frente al consumo de sustancias psicoactivas, existen factores de riesgo, principalmente en la adolescencia, Becoña los define como «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (citado en Aguirre-Guiza, Aldana-Pinzón y Bonilla-Ibáñez, 2014). Según la OMS, los determinantes de la salud, son las circunstancias generales por la distribución del dinero, el poder y los recursos, en que las personas nacen, crecen viven, trabajan y envejecen, estos factores resultan asociados al consumo de sustancias psicoactivas (ENSM).

### **Tipos de Consumo de Sustancias**

*Consumo Experimental*, Este tipo de consumo hace referencia al primer acercamiento que tiene la persona con la sustancia, esto implica el abandono o la continuidad del consumo de esta. Por lo general, la persona realiza la ingesta de la sustancia junto con un grupo quien le invita a probarla.

*Consumo Ocasional*, Corresponde al uso intermitente de la sustancia, donde no hay continuidad y con largos intervalos de abstinencia. La persona continua con el consumo en grupo, sin embargo, la persona no pierde su funcionalidad.

*Consumo Habitual*, Existe la utilización frecuente de la Sustancia Psicoactiva. La práctica de esta puede dar lugar a otras formas de consumo, y puede depender de la sustancia, las características de la persona y el contexto en el que se encuentre. Además, la persona amplia las situaciones en las que utiliza las sustancias, ya sea de manera colectiva o individual, cuyos efectos son conocidos y deseados por el usuario.

*Consumo Compulsivo o Drogodependencia*, En este tipo de consumo, la persona requiere la sustancia y toda su vida gira en torno a ella, teniendo en cuenta las consecuencias que puede ocasionarle. Algunas formas en las que se presenta el consumo son:

- El uso de la sustancia en mayor cantidad o por un tiempo más prologando de los que el consumidor pretendía.
- Toma de Conciencia acerca de la dificultad para controlar el uso de la sustancia.

- Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el usuario desempeña determinadas obligaciones.
- Uso continuo de la sustancia a pesar de las consecuencias que esta le generan.
- Abandono de actividades sociales, laborales o de esparcimiento.

*Poli consumo*, Hay personas consumidoras que hacen uso de una sola sustancia, sin embargo, no es tan frecuente, por lo general se consumen varios tipos de sustancias psicoactivas en tiempos prolongados, lo que implica el aumento en los riesgos que cada una de las sustancias genera en el individuo.

Algunas de las consecuencias derivadas del consumo de sustancias psicoactivas son los Trastornos mentales, entendidos como la alteración crónica del comportamiento, pensamiento, sentimientos y estados de ánimo en una persona, afectando de manera directa su funcionalidad en todos los ámbitos de su vida. Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas se incluyen en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM-V (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013), debido a que se caracterizan por ser una afección clínica que impacta significativamente en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, dejando en evidencia dificultades en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que tienen implicaciones en la función mental del individuo.

Tabla 1. Trastornos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas

1. Trastorno por consumo de sustancias	8. Intoxicación por Fenciclidina
2. Trastorno por consumo de alcohol	9. Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos
3. Trastorno por consumo de cannabis	10. Trastorno por consumo de inhalantes
4. Intoxicación por cannabis	11. Intoxicación por inhalantes
5. Abstinencia de Cannabis	12. Trastorno por consumo de opiáceos
6. Trastorno por consumo de fenciclidina	13. Trastorno por consumo de estimulantes
7. Trastorno por consumo de otros alucinógenos	14. Trastorno por consumo de tabaco

Elaboración propia, basado en DSMV, (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013).

*Trastorno por consumo de sustancias*. La característica principal del Trastorno por consumo de Sustancias hace referencia a la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con esta. Además, se evidencia deterioro en lo social, la persona consume grandes cantidades de la sustancia, lo hace en periodos muy extensos e invierte mucho tiempo intentando conseguir esa sustancia para consumirla o para recuperarse de sus efectos. (DSM – 5, p.p 483)

*Trastorno por consumo de alcohol.* Se trata de una serie de síntomas comportamentales y físicos, tales como, abstinencia, tolerancia y deseo intenso por consumir. Los síntomas por abstinencia se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo. El deseo intenso de consumo se evidencia por la urgencia o necesidad de beber que dificulta el pensamiento de cualquier otra cosa y suele desembocar el comienzo de la ingesta. (DSM – 5, p.p 492)

*Trastorno por consumo de cannabis.* Son problemas que están asociados con las sustancias derivadas de la planta cannabis y con los compuestos sintéticos químicamente similares. El trastorno suele presentarse de manera comórbida con otros trastornos por consumo de sustancias, se describen tolerancias farmacológicas y del comportamiento para la mayoría de los efectos del cannabis, generalmente la tolerancia se pierde cuando el consumo se interrumpe durante un periodo significativo. La abstinencia incluye síntomas como irritabilidad, ira o agresividad, ansiedad, depresión, inquietud, dificultad para dormir y disminución del apetito o pérdida de peso. (DSM – 5, p.p 511).

*Intoxicación por cannabis,* La intoxicación por cannabis consiste en el comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos, tales como, ansiedad, descoordinación motora, euforia, alteración del juicio y aislamiento social. Estos síntomas aparecen después del consumo de Cannabis. (DSM – 5, p.p 516).

*Abstinencia de cannabis.* Presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después el cese o la reducción considerable del consumo prologando e intenso de cannabis, se evidencian síntomas como, fatiga, bostezos, dificultad para concentrarse y periodos de aumento del apetito y de somnolencia que siguen a los periodos iniciales de pérdida de apetito y de insomnio. (DSM – 5, p.p 518).

*Trastorno por consumo de fenciclidina.* El trastorno por Fenciclidina incluye la fenciclidina y los compuestos menos potentes que actúan de forma parecida, como la ketamina, la ciclohexamina y la dizocilpina. Estas sustancias fueron desarrolladas como anestésicos disociativos en la década de los 50 y se convirtieron en drogas de uso recreativo en la década de los 60; en dosis bajas producen sentimientos de separación de la mente y el cuerpo, y en dosis altas puede producir estupor y coma, además, suelen fumarse o ingerirse por vía oral y también pueden inhalarse o inyectarse. (DSM – 5. p.p 521)

*Trastorno por consumo de otros alucinógenos.* Los alucinógenos están compuestos por un grupo muy amplio de sustancias que a pesar de tener diferentes estructuras químicas y de implicar diferentes mecanismos moleculares, producen alteraciones similares de la percepción, del estado de ánimo y de la cognición. Los alucinógenos implicados son las fenilalquilaminas, las indolaminas como la psilocina y la dimetiltriptamina, y las ergolinas como el LSD y las semillas de gloria de la mañana. (DSM – 5, p.p 524).

*Intoxicación por Fenciclidina.* La intoxicación por fenciclidina implica cambios de comportamiento clínicamente significativos que se producen después de la ingestión de esta sustancia. Las manifestaciones clínicas más comunes son la desorientación, confusión sin alucinaciones, alucinaciones o delirios, un síndrome de tipo catatónico y un coma de gravedad variable. (DSM – 5, p.p 528).

*Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.* La característica principal de este

trastorno es la reexperimentación, cuando el individuo está sobrio, de los trastornos de la percepción que se vivieron mientras el individuo estaba intoxicado con el alucinógeno. Los síntomas que incluye este trastorno pueden ser cualquier perturbación perceptiva, sin embargo, predominan los trastornos visuales. (DSM – 5,p.p 531).

*Trastorno por consumo de inhalantes.* Este trastorno involucra el uso repetido de una sustancia inhalante a pesar de que el individuo tiene conocimiento que esta sustancia le está causando graves problemas, los cuales pueden ser, absentismo laboral o académico o la incapacidad para llevar a cabo responsabilidades cotidianas en el trabajo o la escuela. Además, se puede limitar el contacto con la familia , el trabajo o las responsabilidades que posea. (DSM – 5, p. 535) .

*Intoxicación por inhalantes.* Es un Trastorno mental clínicamente significativo relacionado con inhalantes que se desarrolla durante la inhalación intencionada o inintencionada de hidrocarburo volátil, estos son gases tóxicos de los pegamentos, combustibles, pinturas y otros compuestos volátiles. Esta intoxicación aparece en episodios breves que pueden repetirse. (DSM – 5, p. 538).

*Trastorno por consumo de opiáceos.* Este trastorno hace referencia a signos y síntomas que reflejan la autoadministración prolongada y compulsiva de sustancias opiáceos que no se utilizan con ningún propósito médico legítimo. Estas personas tienden a desarrollar un patrón regular de uso compulsivo de la droga en el que las actividades diarias giran en torno a la obtención y administración del opiáceo. (DSM – 5, p. 542) .

Cabe resaltar que los opioides son una clase de medicamentos utilizados para reducir el dolor que interactúan con los receptores de opioides de las células, cuyos efectos secundarios incluyen tolerancia, dependencia física, incremento de la sensibilidad al dolor, estreñimiento, náuseas, adormecimiento y mareos, confusión, depresión, comezón y sudoración. Algunas de los más conocidos son la droga ilegal heroína, los opioides sintéticos y analgésicos que están disponibles legalmente con prescripción médica , tales como la oxycodona, hidrocodona, codeína, morfina, entre otros.

*Trastorno por consumo de estimulantes,* Las anfetaminas y los estimulantes de tipo anfetamínico son sustancias con una estructura feniletilamina sustituida, tales como la anfetamina, la dextroanfetamina y la metanfetamina. Estas sustancias se toman por vía oral o vía intravenosa, la metanfetamina también se puede tomar vía nasal. Las personas expuestas a estimulantes de tipo anfetamínico o a la cocaína pueden desarrollar un trastorno por consumo de estimulantes en una semana, pueden presentarse síntomas de abstinencia, especialmente hipersomnias , aumento de apetito y disforia, los cuales incrementan el deseo de la sustancia. Los patrones de consumo y el curso son similares para los trastornos relacionados con estimulantes de tipo anfetamínico y con cocaína, debido a que ambas sustancias son potentes estimulantes del sistema nervioso central con efectos simpaticomiméticos y psicoactivos similares. (DSM – 5, p. 563)

*Trastorno por consumo de tabaco.* Este trastorno consiste en el consumo frecuente de tabaco, en grandes cantidades superiores o durante un tiempo más prologando de lo previsto, existe un deseo persistente de abandonar o controlar el consumo, además, la persona invierte

mucho tiempo en la búsqueda del tabaco. La gran mayoría de los consumidores afirman tener una necesidad o un deseo intenso de consumo cuando no fuman durante varias horas; puede haber abandono de las actividades sociales, laborales o recreativas si estas tienen lugar en zonas de uso restringido de tabaco. (DSM – 5, p.p 571 y 572)

Para entender por qué se dan las consecuencias por consumo de sustancias psicoactivas a nivel cognitivo y comportamental, es necesario clarificar el funcionamiento biológico de las estructuras cerebrales.

El sistema límbico es aquel responsable del procesamiento y expresión de las emociones producidas por el consumo de drogas. A su vez, la vía mesolímbica cortical participa en esas propiedades que refuerzan los efectos de las drogas. El estado adictivo refiere a esos profundos cambios emocionales, donde persiste un estado y la pérdida del control en la droga, esto es producto del consumo crónico y también de la participación de estructuras cerebrales que se integran a la amígdala. Las drogas de abuso inducen cambios bastante considerables a nivel emocional, como lo es el deseo compulsivo de consumirlas, la pérdida de control del límite en la toma y el estado emocional crecientemente negativo.

La teoría del Aprendizaje social, planteada por Bandura, fue propuesta como teoría del aprendizaje social cognitivo, la cual proporciona un análisis de los principios del desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana, esta nueva reformulación incluye variables como normas culturales y los agentes de socialización que pueden influir en el comienzo y mantenimiento de las conductas de consumo, a este postulado se agregó la importancia de los factores cognitivos.

Al transcurrir el tiempo, las personas logran predecir los efectos y consecuencias del consumo, al mitigar estas su malestar personal y disminuir su estimulación fisiológica adquiriendo una experiencia.

Tabla 2. Substratos neurobiológicos implicados en los efectos reforzadores de las drogas de abuso

<b>Droga de abuso</b>	<b>Neurotransmisor</b>	<b>Núcleo</b>
Psicoestimulantes	Dopamina Serotonina	Accumbens Amígdala
Opiáceos	Dopamina Péptidos Opioides	Área t. ventral Accumbens
Nicotina	Dopamina Péptidos Opioides	Área t. ventral Accumbens Amígdala
Cannabinoides	Dopamina Péptidos Opioides	Área t. ventral Accumbens
Etanol	Dopamina Péptidos Opioides Serotonina Gaba	Área t. ventral Accumbens

	Glutamato	
--	-----------	--

Fuente: Drogas cerebro y emoción.

Según la tabla anterior, algunos tipos de Neurotransmisores y péptidos neuro activos participan en relevancia a los estímulos que representan una atribución importante en la atención y el procesamiento perceptivo de las drogas de abuso.

El consumo de una sustancia psicoactiva representa un refuerzo positivo, por lo que sus efectos producen al momento de la intoxicación, aunque aparecen los síntomas del síndrome de Abstinencia, los cuales motivan a la persona a consumir la sustancia, pero no por el hecho de obtener efectos en si de la droga, sino más bien para poder reducir o eliminar el malestar y esto refuerza de manera negativa la conducta de la persona.

El modelo de Siegel (2005) trata de un Condicionamiento clásico que tiene como objetivo explicar el origen de la tolerancia a los efectos de una sustancia adictiva, los síntomas del síndrome de abstinencia y la posible muerte por sobredosis.

Al igual que el postulado del proceso oponente de Solomon y Corbit (1978), el cual tiene como propósito, explicar los procesos que siguen a las respuestas emocionales ante los estímulos, que pueden ser desagradables o agradables, desde su aparición hasta su desaparición. Siegel menciona que los seres vivos poseen una respuesta innata, que aparece ante los efectos de alguna droga, y tiene como objetivo disminuir sus efectos y establecer el equilibrio en el organismo, por ello, produce efectos opuestos a los efectos de dicha sustancia.

El cannabis es la droga que más se consume a nivel mundial, en el año 2016, 192 millones de personas consumieron al menos una vez en dicho año. Y la cantidad de consumidores sigue aumentando, siendo esta la droga predilecta de los jóvenes. Por su parte, la cocaína es una droga que, según el informe publicado por la ONU en el 2020, se fabrica principalmente en Colombia y durante el año 2016 aumentó en grandes cantidades su producción. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito párrafo 8).

Específicamente para población adolescente se realiza el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) el cual define de manera operativa las siguientes variables: el consumo, entendido como el uso de sustancias psicoactivas ya sea legales o ilegales, una o más veces, en un periodo de tiempo específico. El consumo se puede dar en el último mes o consumo actual refiriéndose al uso de determinadas sustancias, una o más veces, durante los últimos treinta días. El consumo en el último año o reciente consiste en que la persona manifiesta haber consumido ciertas sustancias en los últimos doce meses, por su parte el consumo una vez en la vida es cuando se ha ingerido la sustancia una o más veces en cualquier etapa de su ciclo vital. El término incidencia año alude a que la persona ha consumido alguna sustancia por primera vez durante el último año anterior al estudio.

Teniendo en cuenta la información proporcionada por el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas, es importante profundizar en el término farmacodependencia que en términos científicos, la Organización Mundial de la Salud -OMS- (1964), define como el estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, en la que se

presentan modificaciones del comportamiento y un impulso por ingerirlo de manera periódica con el fin de evitar el malestar sufrido por la privación de él. Sin embargo, para ampliar esta definición, Berruecos (2010) señala que los expertos actualmente prefieren utilizar la idea de problemas causados por el consumo de drogas, los cuales pueden predisponer desde simples molestias hasta la propia muerte. (REFERENCIAR)

Ahora bien, es tal el panorama el consumo de sustancias psicóticas a nivel mundial y en todos los grupos poblacionales y las consecuencias derivadas de este a nivel de la salud, el bienestar, social, incluso a nivel de seguridad que las entidades gubernamentales han establecido una serie de leyes que buscan intervenir dicha problemática.

El artículo 217 de la ley 1098 Código de infancia y adolescencia de 2006 especifica la importancia de la protección de los menores expuestos al consumo de sustancias que generen dependencia. Y las conferidas en el decreto 1108 de 1994 en la que se resalta de igual manera la protección de estos frente a la exposición de situaciones de riesgo frente al consumo de SPA. Se encuentra además que la población adolescente registra mayor consumo que la población adulta. A nivel nacional, con base en el Decreto 120 de 2010, en el que se describen de manera clara las acciones en beneficio de esta población y la comunidad en general respecto de los efectos nocivos por el consumo de sustancias lícitas, como es el alcohol.

En la misma línea, el informe de la encuesta nacional de salud mental de 2015 tiene el propósito de describir el proceso de aplicación y los resultados obtenidos en Colombia. Esta encuesta, promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social, apoyada por Colciencias, es la cuarta que se realiza en el país; las anteriores corresponden a 1993, 1997 y 2003. Se enmarca en el Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para Salud de Colombia, y es un insumo para el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (1). Da cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, a su vez a los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de fortalecer la capacidad investigativa y contar con información adecuada para adoptar las mejores decisiones.

De acuerdo con el estudio nacional de consumo de SPA en la población escolar colombiana en 2016; en relación con el consumo de drogas, desde el Observatorio de Drogas de Colombia, se emplean diferentes métodos para el desarrollo de conocimiento y caracterización del uso de sustancias psicoactivas, identificando las drogas más consumidas, los patrones de consumo, el perfil de los consumidores y los factores asociados, entre otras variables; siempre con el propósito de contar con información objetiva acerca del problema.

Una de las líneas de investigación más desarrolladas en el Observatorio, corresponde a las encuestas de consumo de sustancias psicoactivas en grupos poblacionales, para las cuales adopta la metodología estandarizada del Sistema de Información de Datos Uniformes sobre Consumo - SIDUC que ha sido generada por el Observatorio Interamericano de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la CICAD/OEA, para uso en los países de las Américas. Estos estudios comprenden a la población general, escolares, universitarios, adultos privados de libertad y adolescentes en conflicto con la ley, entre otros.

El uso de fármacos sin prescripción médica se está convirtiendo en una gran amenaza para la salud pública y para la aplicación de la ley en todo el mundo. Los opiáceos causan el mayor daño y representan el 76% de las muertes asociadas al consumo de sustancias

psicoactivas, según el último Informe Mundial de Drogas publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC 2018).

## REFERENCIAS

Gobierno de España. (s.f...). Coruña sin drogas. Ayuntamiento de A. Coruña.

Ministerio de Justicia y del Derecho – Minjusticia – (S.f.) Programa del Observatorio de Drogas en Colombia. Sustancias Psicoactivas. República de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución numero 00000089 de 2019.

Navarro, M. Rodríguez de Fonseca, F. (1999). Drogas, cerebro y emoción. Arbor CLXII, 640.

Organización Panamericana de Salud – OPS – Organización Mundial de la Salud – OMS. (S.f.) Abuso de sustancias. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias#:~:text=Las%20sustancias%20psicoactivas%20son%20diversos,pensamientos%2C%20emociones%20y%20el%20comportamiento.>

Sánchez Hervás, E. Molina Bou, N. Del Olmo Gurrea, R. Gradoli, V. Morales Gallús, E. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació Psicológica* 51 -59 Numero 80.

Vargas Ramos, J. Jiménez Rodríguez, D. (2018). La teoría del proceso oponente como modelo para explicar las adicciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21(1).

Firmas,

*Paula Cristina Rios Z*

---

Investigador Principal