



**Características de salud mental de población que ha ingresado a
tratamientos de rehabilitación para drogodependientes**

Erika Alejandra Mosquera Ruiz

Sebastián Echeverry Olano

Wilson Alejandro Amado Salazar

Trabajo de grado para optar al Título de Psicólogos

Tutor

Alexander González Correa

MSc en Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

Medellín, Antioquia, Colombia

2022

Cita	(Mosquera Ruiz et al., 2022)
Referencia	Mosquera, E. Echeverry, S. & Amado, W. (2022). <i>Características de salud mental de población que ha ingresado a tratamientos de rehabilitación para drogodependientes</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: John Mario Muñoz Lopera

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros padres, por el apoyo incondicional brindado, a las instituciones que nos abrieron sus puertas y a nuestra querida Alma Mater.

Tabla de contenido

Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
1 Planteamiento del problema	12
2 Justificación.....	15
3 Objetivos	18
3.1 Objetivo general	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 Marco teórico	19
4.1 Conceptos básicos	19
4.2 Clasificación de las sustancias psicoactivas	20
4.2.1 Sustancias Psicoactivas según su estatus de legalidad.....	21
4.2.1.1 Legales.	21
4.2.1.2 Ilegales.	21
4.2.1.3 De control.....	21
4.2.2 Sustancias psicoactivas según su efecto	22
4.2.2.1 Depresores.....	22
4.2.2.2 Estimulantes.....	22
4.2.2.3 Alucinógenos.....	22
4.3 Sustancias psicoactivas	23
4.3.1 Tabaco.....	23
4.3.2 Cigarrillos electrónicos	24
4.3.3 Marihuana	25
4.3.4 Derivados de la hoja de coca	26

4.3.4.1 Cocaína.....	26
4.3.4.2 Bazuco.....	27
4.3.5 Opioides.....	28
4.3.6 Opiáceos.....	29
4.3.6.1 Heroína.....	30
4.4 Marco legal.....	31
4.4.1 Promoción y prevención.....	32
4.4.1.1 Promoción.....	32
4.4.1.2 Prevención.....	32
4.4.1.3 Modelos de prevención.....	33
4.4.1.3.1 Modelo de prevención en tres factores.....	33
4.4.1.3.2 Modelo Ministerio de Protección Social.....	33
4.5 Modelos de tratamiento.....	34
4.5.1 Modelo médico - clínico - psiquiátrico.....	35
4.5.2 Comunidad terapéutica.....	36
4.6 Diagnóstico en adicciones.....	37
4.6.1 ¿Qué es una adicción?.....	37
4.6.2 Diagnóstico desde el DSM V.....	37
4.7 Trastorno mental.....	38
4.8 Patología Dual.....	38
5 Metodología.....	39
5.1 Diseño del estudio.....	39
5.2 Procedimientos.....	39
5.2.1 Recolección de la información.....	39
5.2.2 Trabajo de campo.....	40

5.2.3 Cronograma.....	41
5.3 Instrumentos	41
5.3.1 Definición operacional de las variables	42
5.4 Edición, control y tratamiento de los datos	42
5.5 Análisis de datos.....	43
5.6 Consideraciones éticas	44
5.7 Compromisos adquiridos en el proyecto.....	45
6 Resultados	46
6.1 Aspectos sociodemográficos	46
6.2 Perfil de consumo.....	47
6.3 Síntomas de ansiedad/depresión y síntomas psicóticos	48
6.4 Salud mental y aspectos sociodemográficos	50
6.5 Salud mental y perfil de consumo	53
6.6 Otros hallazgos.....	54
7 Discusión.....	56
8 Conclusiones	59
9 Limitaciones	60
10 Recomendaciones.....	61
11 Referencias.....	62
12 Anexos.....	68

Lista de tablas

Tabla 1 Clasificación de las sustancias psicoactivas.....	21
Tabla 2 Cronograma de actividades	41
Tabla 3 Carias demográficas y sociales.....	46
Tabla 4 Escolaridad.....	47
Tabla 5 Variables de consumo	48
Tabla 6 Distribución porcentual de las respuestas afirmativas respondidas en la escala srq.....	49
Tabla 7 Variables de salud mental	50
Tabla 8 Índice de confiabilidad de la escala de síntomas psicóticos.....	50
Tabla 9 Salud mental según el estrato	51
Tabla 10 Salud mental según el nivel de escolaridad.....	52
Tabla 11 Salud mental según el estado civil	52
Tabla 12 Salud mental y situación laboral.	53
Tabla 13 Salud mental y droga de ingreso a tratamiento.	53
Tabla 14 Salud mental y policonsumo	54
Tabla 15 Género según droga de ingreso a tratamiento	54
Tabla 16 Género según policonsumo	55

Siglas, acrónimos y abreviaturas

APA	American Psychological Association
IPS	Institución prestadora de servicios
MINSALUD	Ministerio de salud
NIDA	National Institute on Drug Abuse
ODC	Observatorio de Drogas de Colombia
OMS	Organización Mundial de la Salud
SPA	Sustancias psicoactivas
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito

Resumen

Objetivo: describir algunas características de salud mental de la población que ha ingresado a tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas en instituciones del Valle de Aburrá. **Método:** enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal, descriptivo, con una muestra a conveniencia de 120 personas entre los 18 y 65 años que se encuentran en proceso de rehabilitación por adicción a sustancias psicoactivas de tres instituciones con modelos terapéuticos distintos. **Instrumento:** Se construyó un instrumento que incluye el cuestionario de autoreporte SRQ-18 de la OMS. **Resultados:** De los encuestados 99 eran hombres y 21 mujeres, se encontró que el 85% de la población pertenece a estratos bajos. El 65% de la población cuenta con escolaridad hasta bachillerato. En relación a las sustancias psicoactivas se encontró que: las drogas más consumidas fueron cocaína con un 34,2%, Marihuana 20% y Bazuco 15%. El 85,8% de la población son policonsumidores. El 30% de la población presenta sintomatología de ansiedad y depresión, y el 77,5% presenta psicosis. **Conclusiones:** Se logró evidenciar que un tercio de la población encuestada presenta sintomatología positiva de ansiedad, depresión, y la mayoría puntuó positivo en sintomatología psicótica. Mayor parte de la población estudiaron hasta bachillerato, no tienen pareja estable y están desempleados. Se encontró que la cocaína fue la sustancia más consumida en ambos géneros y el policonsumo se presentó en igualdad de proporción en ambos géneros.

Palabras clave: sustancias psicoactivas, salud mental, rehabilitación, adicción, policonsumo.

Abstract

Objective: To describe some of the mental health characteristics of the population that has been admitted to treatment for addiction to psychoactive substances in institutions in the Valle de Aburra. **Method:** a quantitative approach, with a nonexperimental, transversal, descriptive design, with a convenience sample of 120 people between the ages of 18 and 65 who are in the process of rehabilitation for addiction to psychoactive substances from three institutions with different therapeutic models. **Instrument:** An instrument including the WORLD HEALTH ORGANIZATION SRQ-18 self-report questionnaire was constructed. **Results:** Of the respondents, 99 were men and 21 were women. It was found that 85% of the population belonged to low strata. 65% of the population's highest level of education was high school. Regarding psychoactive substances, it was found that the most used drugs were cocaine with 34.2%, marijuana with 20%, and bazuco with 15%. 85.8% of the population are polyconsumers. 30% of the population has symptoms of anxiety and depression, and 77.5% have psychosis. **Conclusions:** It was found that one-third of the surveyed population presented positive symptoms of anxiety, depression, and most scored positive in psychotic symptoms. In most of the population, high school was the highest level of education received, they have no stable partner and are unemployed. Cocaine was found to be the most used substance in both genders, and polydrug use was reported equally in both genders.

Keywords: psychoactive substances, mental health, rehabilitation, addiction, polydrug use.

Introducción

La epidemiología de consumo en Colombia, según el *estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2013)*, muestra que hay aproximadamente 484 mil personas que estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o abandonar el consumo de drogas, en donde cinco personas con abuso o dependencia, cuatro son hombres y una es mujer. Siendo esto un panorama a tener en cuenta sobre la problemática de drogadicción latente en Colombia que debe ser intervenida.

Desde el observatorio de Salud Mental del Ministerio de Salud en Colombia, SISPRO (2018), se puede evidenciar que desde el año 2009 hasta el 2018, el episodio depresivo moderado ha tendido al alza entre los adultos de ambos sexos entre los 19 a 64 años. Según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia (2015), 40,1% (2 de cada 5 personas) de la población colombiana ha presentado alguna vez en su vida algún trastorno mental. Los más frecuentemente identificados fueron los trastornos de ansiedad (19,3 por ciento), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15 por ciento) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6 por ciento).

En la literatura científica no se observan investigaciones en las que se caracterice la población que se encuentra en centros de rehabilitación y además se describa el estado de la salud mental de estos pacientes en población colombiana. Por consiguiente, se pregunta por: ¿Cuáles son las características en salud mental de la población del Valle de Aburrá que ha estado en tratamiento para las adicciones a sustancias psicoactivas? De igual manera, como objetivo se busca describir algunas características de salud mental de la población que ha ingresado a tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas.

1 Planteamiento del problema

El consumo de sustancias psicoactivas plantea enormes retos para la sociedad actual, independientemente del grado de desarrollo alcanzado por esta, pues las consecuencias individuales y colectivas derivadas del mismo, hacen tambalear el desarrollo social y económico de un país, al afectar de manera directa e indirecta el capital humano, la salud pública, el bienestar y la seguridad de un número cada vez mayor de personas, cuyo futuro se compromete seriamente por cuenta de la producción, el tráfico, el comercio y el consumo de sustancias psicoactivas. En los últimos años, el consumo de sustancias psicoactivas a nivel global y nacional sigue creciendo. Adicionalmente, cada vez se presentan nuevas formas y tipos de consumo, agudizando sus efectos en la salud y el desarrollo integral de la población; la edad de inicio del consumo es cada vez más baja y el impacto individual, familiar y social es evidente (Volkow, Koob, y McLellan, 2016).

Lo anterior, *el informe sobre el consumo de drogas en Colombia*, determinó que, el consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas, se ha incrementado en el país, no solo porque más personas las consumen, sino porque además el mercado de sustancias es cada vez más amplio lo cual genera un efecto de atracción a nuevos consumidores. Se estima que, en el país, alrededor de tres millones de personas han consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida. (ODC, 2017), como lo manifiesta en una entrevista el viceministro de justicia: “—es terrible decirlo —añade el Viceministro de Justicia—, pero nuestras investigaciones han detectado la aparición de 33 nuevas drogas narcóticas de origen químico o vegetal” (El Tiempo, 2019).

En concordancia con lo anterior, la adicción a sustancias psicoactivas (SPA) en todas sus esferas y modalidades, ha sido un tema ampliamente abordado por varias disciplinas científicas como la medicina, la toxicología, la psiquiatría, la psicología, enfermería, entre otras. Todas estas han tenido un interés por el proceso clínico con las personas que padecen este tipo de drogas.

Desde la OMS (1994) la adicción es una enfermedad que afecta tanto lo físico, como lo psicoemocional que crea una dependencia o una necesidad hacia una sustancia, actividad o una relación afectiva. Es importante destacar que, primero, el hecho de consumir una sustancia, no implica una adicción. Cerca del 95% de las personas han tenido contacto con alguna sustancia

durante su vida, pero solo alrededor de un 20% presenta signos o síntomas de adicción, de estos apenas el 10% de las personas adictas a alguna sustancia recibe tratamientos efectivos (UNODC, 2019) y, segundo, la adicción no es una elección porque, aunque las personas en un principio pueden tomar la decisión de consumir, no eligen ser adictas, ni las repercusiones que esto conlleva, que muchas veces requieren un tratamiento.

En el ámbito de la investigación sobre los modelos de intervención para el tratamiento de las adicciones, se destacan tratamientos con psicofármacos y psicoterapias específicas; en estas el tratamiento no suele tener un solo enfoque o metodología, pero sí un objetivo común el cual es que la persona pueda abandonar o controlar el consumo de la sustancia o sustancias a la que es adicto.

Hasta el momento, los resultados de las investigaciones, en términos de demostrar la efectividad y eficiencia a largo plazo de este tipo de intervenciones, son bastante limitados, pero se calcula que aproximadamente un 80% de los pacientes que reciben tratamientos bajo consentimiento, completando todas las fases establecidas de rehabilitación en un programa de base científica, fracasan en el intento de abstenerse de consumir la sustancia, en el primer año posterior a la culminación del tratamiento; sin embargo, no existen números concluyentes acerca de los tratamientos específicos recibidos para drogadicción. En relación con el tema de la rehabilitación, se encuentra que no hay un consenso entre modelos para determinar cuándo se considera a una persona “limpia”, lo cual hace difícil determinar con exactitud sobre la efectividad en un tratamiento para personas adictas a las sustancias psicoactivas.

Otro tema que se anuda al de la adicción como una enfermedad de salud mental es que, desde las investigaciones que se han realizado en el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) sobre las adicciones, se ha encontrado correlación con la patología dual. Los datos indican que en más del 50% de los pacientes que acuden a tratamiento por adicción debe descartarse la presencia de otros trastornos mentales que afectan a personas con trastorno por dependencia a sustancias. La bodega de datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) registró en total 185.368 personas atendidas entre los años 2009 a 2018 en Colombia y en esta se evidencia que Antioquia es el Departamento donde más se presentan consultas por patología dual en el año

2018; las cifras son de 45.424 personas que equivale al 26% de la población total atendida. (Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2018).

El trastorno mental, se define como una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (American Psychiatric Association, 2014). Por lo tanto, la salud mental constituye una condición de base para el logro de procesos de desarrollo integral y el despliegue de capacidades que permiten autonomía y relacionamiento, construcción de proyectos de vida con sentido y adecuado desempeño en la vida cotidiana. (MINSALUD y COLCIENCIAS, 2016).

Con base a lo anterior nació el interés del presente trabajo donde se pregunta:

¿Cuáles son las características en salud mental de la población del Valle de Aburrá que ha estado en tratamiento para las adicciones a sustancias psicoactivas?

2 Justificación

La epidemiología de consumo en Colombia, según reporta el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2013), muestra que, si se suman los abusadores y dependientes en el país, habría aproximadamente 484 mil personas que estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o abandonar el consumo de drogas. De cinco personas con abuso o dependencia, cuatro son hombres y una es mujer. Aunque los datos de esta encuesta no son tan actuales, permite visibilizar una problemática de drogadicción latente en Colombia que debe ser intervenida. Se aclara que el término patología dual es mundialmente aceptado, aunque no se constituye en un diagnóstico tipificado en las clasificaciones internacionales y por esto hay un subregistro evidente.

En las últimas décadas ha crecido el interés de la sociedad científica por la evaluación de la comorbilidad (ocurrencia simultánea en un mismo individuo) entre varios trastornos psiquiátricos, lo que se denomina doble diagnóstico o patología dual, entendida como la presencia en el curso de vida de un individuo de una adicción y otro trastorno mental (trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, entre otros). Los resultados de estudios realizados en México por Marín-Navarrete et al (2013) en sedes de tratamiento (hospitales psiquiátricos, clínicas de desintoxicación y de tratamiento para las adicciones) muestran una mayor comorbilidad aun frente a estudios epidemiológicos realizados en escuelas y hogares (29%, aproximadamente), puesto que los primeros reportan que la prevalencia de la comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos, oscila entre 50% y 75% en participantes cuya sede de tratamiento se especializa en la atención de las adicciones. Asimismo, esta comorbilidad en la población de pacientes cuya sede de tratamiento se especializa en la atención psiquiátrica general, oscila entre el 20 y 50%.

Contreras, Miranda y Torres (2020) en su investigación con población cubana señalan que las alteraciones depresivas y ansiosas empeoran la evolución de la adicción, con abuso de mayor número sustancias, cuando se inicia a una edad temprana de inicio del consumo y contribuyen a mantener o recaer en el consumo. Se considera que la presencia de un trastorno por uso de sustancias y una alteración del estado afectivo, empeoran el pronóstico; los autores refieren

menores tasas de recaída en los pacientes con patología dual si realizan tratamiento adecuado de ambos trastornos, se ha evidenciado que la comorbilidad entre trastornos adictivos y mentales suele provocar que los pacientes acudan a un tratamiento.

Según el Boletín de salud mental Patología dual en Colombia, del año 2018, el número de personas atendidas con patología dual en los últimos 9 años en Colombia, fue de 185.368, con un promedio de 20.596 individuos que consultan cada año; en 2009 se atendieron 9.419 y en 2017 fueron 28.345. Esto muestra una tendencia hacia el aumento de estos casos, los cuales necesitan una adecuada y pronta intervención. A esto se le añade que en ocasiones puede ser difícil diferenciar si los síntomas del paciente son por una intoxicación por consumo o por la presencia de un trastorno mental.

En Colombia, el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental (2018) citan la investigación “Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia” (Castaño y Sierra, 2016) cuyo objetivo fue “Estudiar la prevalencia de trastorno dual en la población general”. Los investigadores encontraron que la prevalencia fue del 7,2% y los trastornos mentales asociados con mayor frecuencia al consumo de sustancias psicoactivas (diferentes al tabaco) fueron, en orden de frecuencia, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, el estrés postraumático, la fobia específica y el déficit de atención. El alcohol, la marihuana, la cocaína -y derivados- y la heroína fueron las sustancias que más consumían el grupo objeto de investigación

En un estudio realizado por Correa y Pérez (2013) se buscaba una aproximación preliminar de la relación entre el consumo de drogas y los problemas de salud en Colombia, en el que se utilizó un cuestionario con 11 categorías de enfermedades o síndromes, el cual se aplicó a 101 consumidores de drogas que se encontraban en diferentes centros de tratamiento entre los 15 y los 64 años de edad y a 50 no consumidores de la población general entre 20 y 84 años. Se encontró que de las 11 categorías de enfermedades evaluadas la más afectada por el consumo de sustancias fue la categoría de enfermedades psiquiátricas, pues el 94% de los no consumidores no presenta ningún trastorno psiquiátrico, mientras que la gran mayoría de los consumidores padecen más de una enfermedad, síndrome o síntoma importante, y solo 18 personas de los consumidores no presentaron ningún trastorno psiquiátrico.

Desde el observatorio de Salud Mental del Ministerio de Salud en Colombia, SISPRO (2018), se puede evidenciar que desde el año 2009 hasta el 2018, que hay registro en su sitio web, el episodio depresivo moderado ha tendido al alza entre los adultos de ambos sexos entre los 19 a 64 años. Según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia (2015), 40,1% (2 de cada 5 personas) de la población colombiana ha presentado alguna vez en su vida algún trastorno mental. Alrededor de 8 de cada 20 colombianos encuestados presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida. Los más frecuentemente identificados fueron los trastornos de ansiedad (19,3 por ciento), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15 por ciento) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6 por ciento); sin embargo, no se encuentra información sobre las personas que están en proceso en centros de rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

Se determinó que, debido a la disparidad de datos encontrados en las diferentes investigaciones, la importancia de este estudio radica en que en la literatura no se observan investigaciones en las que se caracterice la población que se encuentra en tratamiento y describa el estado de la salud mental de los pacientes en población colombiana.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir algunas características de salud mental de la población que ha ingresado a tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar algunas características sociodemográficas de las personas que se encuentran en tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas.
- Definir el perfil de consumo de las personas que se encuentran en tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas.
- Analizar la relación entre indicadores clínicos de salud mental (ansiedad/depresión y psicosis) respecto a las variables sociodemográficas de la población.

4 Marco teórico

4.1 Conceptos básicos

Para efectos de esta investigación se adoptarán las siguientes definiciones:

Uso: Consumo de una sustancia con un fin que no se ajusta a las normas legales o médicas, que además es esporádico y no tiene repercusiones importantes en el individuo (Ministerio de Salud; UNODC, 2016)

Abuso: Es el uso de droga por una persona, prescrita por ella misma y con fines no médicos, el cual es nocivo con un impacto negativo importante en uno o varios ámbitos de su vida. (La ley 30 de 1986)

Adicción o Drogadicción: Es la dependencia de una droga con aparición de síntomas físicos cuando se suprime la droga. (La ley 30 de 1986). Este concepto se amplía en el apartado de diagnóstico en Adicciones.

Dependencia psicológica: Es la necesidad repetida de consumir una droga, no obstante, sus consecuencias (La ley 30 de 1986)

Dependencia física: Es un estado de adaptación caracterizado por trastornos físicos cuando se suspende la droga. (Bustamante, 2004). El tiempo de consumo, el control que ejerce el individuo sobre el mismo y la severidad del impacto negativo del consumo en alguna de las esferas de la vida, son los criterios para poder considerar el criterio de dependencia.

Tolerancia: Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse

tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. (Ministerio de salud; UNODC, 2016)

Abstinencia: conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma 133 repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia. El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo (Ministerio de salud; UNODC, 2016).

Craving: Deseo intenso por la droga, es la experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir drogas (Waisman 2017).

4.2 Clasificación de las sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas que se incluirán en este estudio se clasifican, desde lo que plantea el ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas (2016), de la siguiente manera:

- Según la normatividad: pueden ser legales o ilegales.
- Según sus efectos en el cerebro: se clasifican en tres categorías depresoras, estimulantes y alucinógenas.
- Según su origen pueden ser: naturales, sintéticas o semisintéticas.

Tabla 1*Clasificación de las sustancias psicoactivas*

CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS					
SUSTANCIA PSICOACTIVA	ESTATUS DE LEGALIDAD		EFECTO		
	<i>Legal</i>	<i>Ilegal</i>	<i>Depresoras</i>	<i>Estimulantes</i>	<i>Alucinógenas</i>
Tabaco	X			X	
Cigarrillos electrónicos	X			X	
Marihuana		X	X		X
Cocaína		X		X	
Bazuco		X		X	
Opiáceos		X	X		
Heroínas		X	X		
Alcohol	X				
Benzodiacepina		X	X		

4.2.1 Sustancias Psicoactivas según su estatus de legalidad.

4.2.1.1 Legales. En Colombia las drogas legales son el alcohol, la cafeína y el tabaco; sin embargo, la ley 124 de 1994 en su primer artículo expresa la prohibición del expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y la ley 1335 de 2009 en su artículo 2 decreta la prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad.

4.2.1.2 Ilegales. Las drogas ilegales en Colombia son la marihuana, anfetaminas, las metanfetaminas, los narcóticos -como la heroína-, el LSD y los derivados de la hoja de coca; a pesar de ello, según la ley 30 de 1986 en su artículo 2 en el literal J, se expresa que está permitido el porte de estas drogas en dosis de uso personal. Para el caso de la marihuana, no se puede portar más de 20 de gramos, mientras que para los derivados de la hoja de coca no se puede exceder el porte de más de 1 gramo.

4.2.1.3 De control. En Colombia las sustancias de control son aquellas que se suministran con fórmula médica y que tienen un gran riesgo de generar dependencia. Estas son denominadas monopolio del estado reguladas por la resolución 1478 de 2006 y estos medicamentos son el

Fenobarbital, Hidromorfona, Meperidina, Metadona, Morfina, Primidona (Ministerio de salud, 2020). En esta categoría también se incluyen los inhalables que se venden en tiendas de sexo y/o en tiendas químicas como el dick y el popper.

4.2.2 Sustancias psicoactivas según su efecto

4.2.2.1 Depresores. Las drogas depresoras son las sustancias que disminuyen la actividad del Sistema Nervioso Central –SNC-, tanto como el ritmo de las funciones corporales y de la actividad psíquica. Las sustancias depresoras son antagonistas, estas tienen afinidad con un receptor y se encargan de inhibir la acción de los agonistas. Las sustancias depresoras bloquean tanto las estructuras presinápticas como postsinápticas, consiguiendo que se aumente la actividad del GABA, siendo este el principal neurotransmisor que inhibe la actividad cerebral. Estas sustancias son también llamadas psicodélicas. Algunos ejemplos de drogas depresoras son: el alcohol, el THC, las benzodiacepinas y los opiáceos.

4.2.2.2 Estimulantes. Son sustancias agonistas que bloquean la inhibición o excitan las neuronas directamente y aumentan la actividad psíquica. La estimulación se explica por el aumento de la despolarización neuronal, el incremento de la cantidad de neurotransmisores (NT) disponibles, el potencial de acción de los NT, la debilidad de la membrana neuronal y la disminución del tiempo de recuperación sináptica. De esta manera, pueden provocar síntomas como taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, aumento de la tensión arterial, etcétera. Algunos ejemplos de drogas estimulantes son: las anfetaminas, los derivados de la hoja de coca (cocaína, perico, bazuco) y la nicotina.

4.2.2.3 Alucinógenos. Las drogas perturbadoras del SNC son aquellas capaces de alterar y distorsionar la percepción sensorial del individuo, interfieren su estado de conciencia y sus facultades cognitivas. Estas modifican la actividad psíquica y producen alteraciones en la percepción como alucinaciones, alterar el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. En los

alucinógenos solo se ha encontrado que tiene un índice alto de poder adictivo el THC. Algunos ejemplos de alucinógenos son: la Dietilamida de Ácido Lisérgico (LSD), el THC, el MDMA, la psilocibina, la mescalina, la Dimetiltriptamina (DMT), entre otras.

4.3 Sustancias psicoactivas

4.3.1 Tabaco

El tabaco es una planta que se cultiva por sus hojas, las cuales se secan y fermentan y luego se usan en varios productos. Contiene Ácido cianhídrico, Formaldehído, plomo, arsénico, amoniaco, el uranio, benceno, monóxido de carbono, nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos, además de entre otros, nicotina, lo que explica su alta adictividad.

Efectos en el cerebro: Al consumir tabaco en cualquiera de sus formas, la nicotina que contiene se absorbe rápidamente en la corriente sanguínea. Una vez que ingresa en esta, la nicotina estimula inmediatamente las glándulas adrenales para que liberen la hormona epinefrina (adrenalina). La epinefrina estimula el sistema nervioso central y aumenta la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca. Al igual que sucede con drogas como la cocaína y la heroína, la nicotina aumenta los niveles del neurotransmisor químico llamado dopamina, el cual afecta partes del cerebro que controlan la satisfacción y el placer.

Efectos sobre la salud: Fumar tabaco puede generar cáncer y aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas; el tabaco sin humo aumenta el riesgo de cáncer, particularmente de cánceres de la boca.

Poder adictivo: Para muchas personas que consumen tabaco, los cambios a largo plazo en el cerebro producidos por la exposición continua a la nicotina acaban por crear una adicción. Cuando una persona trata de dejar el tabaco puede experimentar síntomas de abstinencia tales como: irritabilidad, problemas atencionales, insomnio, aumento del apetito y síndrome de abstinencia (NIDA, 2021).

4.3.2 Cigarrillos electrónicos

Los cigarrillos electrónicos, también llamados e-cigs, vaporizadores electrónicos o sistemas electrónicos de administración de nicotina, son dispositivos con los que se inhala un vapor que comúnmente —aunque no siempre— contiene nicotina, saborizantes y otras sustancias químicas.

Efectos en el cerebro: Cuando una persona usa un cigarrillo electrónico, la nicotina contenida en el líquido del cigarrillo se absorbe rápidamente en la corriente sanguínea. Una vez en la corriente sanguínea, la nicotina estimula las glándulas suprarrenales para que liberen la hormona epinefrina (adrenalina). Esta estimula el sistema nervioso central y aumenta la presión arterial, el ritmo respiratorio y la frecuencia cardíaca, además de los niveles de dopamina, el cual afecta las áreas del cerebro que controlan la recompensa, es decir, el placer, generado por conductas como, por ejemplo, el comer. Estas sensaciones motivan a algunas personas a consumir nicotina repetidamente.

Efectos sobre la salud: Hasta el momento, las investigaciones sugieren que los cigarrillos electrónicos podrían ser menos perjudiciales que los cigarrillos de tabaco cuando una persona que fuma regularmente reemplaza completamente el tabaco con cigarrillos electrónicos. Pero la nicotina, en cualquiera de sus formas, es una droga sumamente adictiva. Las investigaciones sugieren que hasta puede predisponer a quienes usan cigarrillos electrónicos en riesgo de volverse adictos a otras drogas.

Además, un estudio de ciertos productos para cigarrillos electrónicos reveló que el vapor contiene sustancias cancerígenas y productos químicos de conocida toxicidad, al igual que nanopartículas de metales potencialmente tóxicos provenientes del dispositivo mismo. (NIDA, 2020).

4.3.3 *Marihuana*

El término marihuana se refiere a las hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta *Cannabis sativa* o *Cannabis indica*. La planta contiene además de otros compuestos, tetrahidrocannabinol (THC), una sustancia química que provoca alteraciones mentales, similares.

Efectos en el cerebro: A corto plazo, el THC pasa rápidamente de los pulmones a la corriente sanguínea, la cual llega al cerebro y a otros órganos del cuerpo. Si la persona ingiere o bebe el THC, el organismo lo absorbe más lentamente. En ese caso, los efectos se sienten por lo general entre 30 y 60 minutos después de consumir la droga.

La marihuana sobrestimula las áreas del cerebro que contienen receptores cannabinoides y endocannabinoides, generando efectos como alteración de los sentidos, la percepción del tiempo, cambios en el estado de ánimo, limitación de la movilidad corporal, dificultad para pensar y resolver problemas, debilitamiento de la memoria, en grandes dosis alucinaciones, delirio y hasta psicosis con su consumo regular.

Efectos a largo plazo: Cuando una persona comienza a consumir marihuana en la adolescencia, la droga puede reducir la capacidad de pensar, la memoria y las funciones cognitivas (funciones de aprendizaje), y puede afectar la manera en que el cerebro establece conexiones entre las áreas que son necesarias para realizar estas funciones.

Efectos sobre la salud: El humo de la marihuana causa irritación en los pulmones, y quienes fuman marihuana pueden sufrir los mismos problemas respiratorios de aquellos que fuman tabaco, generando el riesgo de contraer enfermedades pulmonares y posibilidad de un infarto.

Poder adictivo: las investigaciones sugieren que entre el 9% y el 30% de quienes consumen marihuana pueden llegar a sufrir algún nivel de trastorno por el consumo de marihuana. Las personas que comienzan a consumir marihuana antes de los 18 años tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades que los adultos de llegar a sufrir un trastorno por el consumo de marihuana. (NIDA, 2019).

4.3.4 Derivados de la hoja de coca

4.3.4.1 Cocaína. *Efectos en el cerebro asociados con su adictividad:* La cocaína aumenta los niveles de dopamina (un mensajero químico natural o neurotransmisor) en los circuitos del cerebro que participan en el control del movimiento y la recompensa. Esta sustancia evita el reciclamiento de la dopamina, lo que genera la acumulación de grandes cantidades del neurotransmisor en el espacio que se encuentra entre dos neuronas, interrumpiendo así la comunicación normal entre ellas. Este aluvión de dopamina en el circuito de recompensa del cerebro refuerza poderosamente el comportamiento del consumo de drogas: con el tiempo, el circuito de recompensa se adapta al exceso de dopamina generado por la cocaína y se vuelve menos sensible al neurotransmisor. El resultado es que las personas consumen dosis más altas y con mayor frecuencia para intentar sentir la misma euforia y aliviar los síntomas de abstinencia.

Efectos a corto plazo: Los efectos de la cocaína aparecen casi de inmediato y duran entre pocos minutos y una hora. Energía y felicidad extremas, alerta mental, hipersensibilidad a la luz, el sonido y el tacto, irritabilidad, paranoia, algunas personas hallan que la cocaína las ayuda a realizar simples tareas físicas y mentales más rápidamente, mientras que en otras el efecto es el opuesto.

Efectos sobre la salud: Restricción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, náuseas, aumento de la temperatura corporal y la presión arterial, aceleración o irregularidad del ritmo cardíaco, temblores y espasmos musculares, inquietud o desasosiego. Hay estudios que indican que el consumo de cocaína acelera la infección del VIH. Según las investigaciones, la cocaína debilita el funcionamiento de los inmunocitos (células inmunitarias) y promueve la reproducción del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), haciéndolas más susceptibles a contraer otros virus como el de la hepatitis C.

Efectos a largo plazo: Produce malnutrición (debido a que la cocaína disminuye el apetito) y trastornos del movimiento, incluida la enfermedad de Parkinson, la cual puede presentarse después de muchos años de consumo. Además, las personas reportan irritabilidad e inquietud por

los atracones de cocaína y algunas experimentan episodios de paranoia intensa en los que pierden el contacto con la realidad y tienen alucinaciones auditivas. (NIDA, 2021).

4.3.4.2 Bazuco. La Pasta Base de Cocaína (PBC) también se denomina sulfato de Cocaína, pasta base o simplemente pasta, es un producto obtenido de las hojas de la coca durante el primer paso del proceso de extracción de la cocaína, es un producto intermedio en la fabricación de clorhidrato de cocaína a partir de las hojas de coca. Contiene sulfato de cocaína al 50%-90% e impurezas tóxicas, tales como queroseno y ácido sulfúrico. Se fuma en Sudamérica con marihuana (maduro), con tabaco o sola. (Ministerio de salud; UNODC, 2016). Generalmente se obtiene al disolver en agua las hojas de coca secas y tratar la solución con gasolina, para posteriormente hacerlo con sustancias alcalinas y permanganato de potasio y finalmente con ácido sulfúrico” (Castaño, G.A). Esta se adultera con el objetivo de aumentar su volumen y para ello se agrega lactosa, talco, harina, polvo de ladrillo o azúcar, por ejemplo; y para compensar la potencia perdida en las adulteraciones se utilizan estimulantes (anfetaminas, caféina) y congelantes (lidocaína, benzocaína, levamisol), con lo que se imita el efecto anestésico.

Efectos en el cerebro: al ser las cocaínas fumables altamente liposolubles, atraviesan rápidamente la barrera hematoencefálica llegando al sistema nervioso central en cinco segundos. Siendo ésta una de las razones de la alta adictividad del consumo. También se produce destrucción del tejido cerebral y pérdida de la memoria en forma irreversible.

Efectos en la salud: puede causar problemas circulatorios, alteraciones pulmonares y cardíacas, ya que al ser fumado produce quemaduras en el árbol traqueal y bronquial. La deshidratación y los problemas digestivos son frecuentes, así como las enfermedades de la piel y diferentes infecciones relacionadas con bajas defensas por consumo y desnutrición y la exposición a agentes infecciosos. Las alteraciones en el ciclo de sueño y vigilia son severas y eso produce complicaciones en el sistema nervioso central que se ven reflejadas en cambios del comportamiento y movimientos involuntarios (echelecabeza, 2020).

Epidemiología: En total 38 mil personas con problemas de abuso o dependencia, casi 12 mil tienen entre 45 y 65 años. Sin embargo, los consumidores de 25 a 34 años son quienes presentan un patrón de consumo más problemático, debido a que casi la totalidad de los mismos son abusadores o dependientes. En Colombia se estiman más de 3 mil adolescentes con consumo problemático de bazuco y de cada 10 que consumen, 6 manifiestan problemas por su uso. (UNODC, 2013).

4.3.5 Opioides

Los opioides son una clase de drogas que se encuentran en forma natural en la planta de la amapola o adormidera. Algunos de los opioides recetados por los médicos se elaboran directamente de la planta, mientras que otros se crean en laboratorios, donde los científicos utilizan la misma estructura química. Con frecuencia los opioides se usan como medicamento ya que contienen sustancias químicas que relajan el cuerpo y pueden aliviar el dolor. Los opioides recetados se emplean mayormente en el tratamiento de dolores moderados o intensos. Estos pueden hacer que una persona se sienta muy relajada y eufórica ("high"), motivo por el cual a veces se consumen sin que exista una necesidad médica. Esto puede ser peligroso debido a su alto poder adictivo, causando que las personas lleguen a una sobredosis o la muerte. Estos se pueden ingerir, inhalar o inyectar.

Efectos en el cerebro: se adhieren a los receptores y los activan. Estos receptores están en varias zonas del cerebro, la médula espinal y otros órganos, especialmente los que participan en las sensaciones de placer y dolor. Cuando los opioides se adhieren a los receptores, bloquean las señales de dolor que el cerebro envía al cuerpo y liberan grandes cantidades de dopamina en todo el organismo. Esta liberación puede reforzar tremendamente el acto de consumir la droga, haciendo que el usuario quiera repetir la experiencia.

Efectos sobre la salud: A corto plazo, los opioides pueden aliviar el dolor y hacer que la persona se sienta relajada y feliz. Sin embargo, también pueden tener efectos perjudiciales, entre ellos: aletargamiento, confusión, náuseas, estreñimiento, euforia, respiración lenta, lo que a su vez

puede causar hipoxia, generando efectos psicológicos y neurológicos a corto y a largo plazo que incluyen daño cerebral permanente, estado de coma y hasta la muerte.

4.3.6 Opiáceos

Son medicamentos que imitan la actividad de las endorfinas, que son unas sustancias que produce el cuerpo para controlar el dolor y se consiguen únicamente con una receta médica. Se usan para aliviar el dolor agudo relacionado con la cirugía y otras intervenciones médicas, así como para aliviar el dolor persistente (crónico) y el dolor súbito de moderado a intenso. El dolor persistente se trata habitualmente con opiáceos de acción prolongada que se liberan en el organismo lentamente y controlan el dolor durante largos períodos. Se toman por vía oral, en forma de píldora o como líquido.

Efectos en el cerebro: Los opiáceos se unen con los receptores de opioides del sistema nervioso central. Puede desarrollarse tolerancia después de unos días de consumo continuado de opiáceos, es decir, se necesita cada vez más droga para sentir los mismos efectos que se sentían al principio con una cantidad menor. Algunas personas pueden llegar a ser más tolerantes a ciertos efectos que otras. Aunque las personas con un trastorno por consumo de sustancias a menudo presentan tolerancia a un fármaco, el hecho de tener tolerancia, por sí mismo, no significa que una persona sufra un trastorno por consumo de sustancias.

La abstinencia de opiáceos provoca síntomas desagradables, pero no es potencialmente mortal. Los síntomas pueden aparecer tan solo 4 horas después de la interrupción del consumo y tienen un pico máximo generalmente a las 48-72 horas. Suelen disminuir después de aproximadamente una semana, aunque dicho tiempo varía de forma considerable en función del tipo de opiáceo.

Efectos en la salud: Estos pueden causar estreñimiento, náuseas y vómitos, enrojecimiento facial, prurito, confusión (sobre todo, a edad avanzada), algunos pueden dar lugar a convulsiones. Cuando se consumen junto con ciertas sustancias, los opiáceos pueden causar un trastorno grave

llamado síndrome serotoninérgico. Este síndrome se caracteriza por confusión, temblores, espasmos musculares involuntarios, agitación, sudoración excesiva y aumento de la temperatura corporal. (NIDA, 2021).

4.3.6.1 Heroína. La heroína es una droga opiácea elaborada a partir de la morfina, una sustancia natural que se extrae de la vaina de semillas de varias plantas de amapola (adormidera) que se cultivan en el sudeste y sudoeste de Asia, en México y en Colombia. La heroína puede presentarse en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa que se conoce como "alquitrán negro". La heroína ingresa con rapidez al cerebro y se adhiere a los receptores opioides de células ubicadas en distintas zonas, especialmente en las que están asociadas con las sensaciones de dolor y placer y las que controlan el ritmo cardíaco, el sueño y la respiración.

Efectos a corto plazo: Las personas que consumen heroína reportan sentir euforia o "rush", una oleada de sensaciones placenteras. Sin embargo, la droga tiene otros efectos comunes, entre ellos: sequedad en la boca, enrojecimiento y acaloramiento de la piel, sensación de pesadez en brazos y piernas, náuseas y vómitos, comezón intensa, enturbiamiento de las facultades mentales, alteración repetida entre un estado de vigilia y adormecimiento (estado consciente y semiconsciente)

Efectos a largo plazo: Las personas que consumen heroína durante mucho tiempo pueden experimentar: insomnio, colapso de las venas en las que se inyecta la droga, daños en los tejidos de la nariz (en quienes la inhalan o aspiran), infección del pericardio (membrana que recubre el corazón) o de las válvulas cardíacas, abscesos (tejido inflamado y con pus), estreñimiento y dolores de estómago, enfermedades del hígado y los riñones, complicaciones pulmonares, incluida la neumonía, trastornos mentales como la depresión y el trastorno de personalidad antisocial.

Poder adictivo: La heroína es sumamente adictiva. Con frecuencia, las personas que consumen heroína en forma regular desarrollan tolerancia, lo cual hace que necesiten dosis cada vez mayores o más frecuentes de la droga para obtener los efectos que buscan. Quienes son adictos a la heroína y dejan de consumir la droga abruptamente pueden experimentar fuertes síntomas de abstinencia. Estos síntomas, que pueden comenzar apenas unas horas después de haber consumido

la droga por última vez, incluyen: inquietud o desasosiego, dolores fuertes en músculos y huesos, problemas para dormir, diarrea y vómitos, oleadas de frío con "piel de gallina". (NIDA, 2019).

4.4 Marco legal

El presente trabajo utilizará como marco de referencia legal, los siguientes decretos, leyes y resoluciones, relacionados con sustancias psicoactivas en Colombia, los centros de rehabilitación de las mismas y el tema de salud mental. Dentro de estos tenemos:

- Decreto 3039 de 2007
- Decreto-Ley 257 de 1969
- La ley 1616 de 2013.
- Ley 100 de 1993
- Ley 1438 de 2011.
- Ley 1566 de 2012
- Resolución 089 de 2019
- Resolución 1441 de 2013
- Resolución 4886 de 2018
- Resolución 826 de 2003.

El Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021, también se toma en cuenta como referente normativo dado que en éste se recoge un esfuerzo nacional por incorporar el enfoque de salud pública en un marco intersectorial para disminuir la exposición al consumo de drogas y sus impactos en la población colombiana. Este enfoque es una concreción de la perspectiva de derechos en términos de la garantía de un ciclo de servicios que van desde la promoción de la salud, hasta el tratamiento especializado y permite el desarrollo social y económico de las naciones como Colombia, reconocida internacionalmente por la producción y tráfico de drogas, como un país que requiere fortalecer sus acciones para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir del cumplimiento de sus responsabilidades en el campo de la salud pública, así como del

reconocimiento de lo que se ha logrado y de lo que hace falta, con base en una visión estratégica fundamentada en los datos con los que hoy se cuenta. (Ministerio de Salud y Protección social, 2017).

4.4.1 Promoción y prevención

4.4.1.1 Promoción. Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud (Minsalud, 2020).

4.4.1.2 Prevención. Es el conjunto de actividades encaminadas a reducir y a evitar la dependencia. Esta es la primera fase de los planes y políticas de drogas y salud mental. Para la prevención del uso de drogas el instituto NIDA nos dice que los programas de prevención involucrando familias, escuelas, comunidades y medios de comunicación son eficaces para prevenir o reducir el uso de drogas y la adicción. Cuando las personas jóvenes perciben el uso de drogas como riesgoso, ellos tienden a reducir el uso de drogas. Por lo tanto, la educación y la divulgación son claves para ayudar a que las personas entiendan los posibles riesgos del uso de drogas. Los profesores, los padres y los proveedores de salud tienen roles claves en educar a los jóvenes y prevenir el uso de drogas y la adicción. (NIDA, 2019).

4.4.1.3 Modelos de prevención

4.4.1.3.1 Modelo de prevención en tres factores. Este es propuesto por el Ministerio de Salud y protección social en el año 2016, el cual consta de tres factores así:

- **Universal:** Dirigida a todas las poblaciones para el fortalecimiento de los factores protectores para evitar el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Selectiva:** Dirigida a poblaciones con factores de riesgo específicos o con mayor probabilidad de riesgo de iniciar consumos problemáticos.
- **Indicada:** Dirigida a población con consumo de sustancias psicoactivas cuyos factores de riesgo aumentan las probabilidades de tener un consumo de dependencia. (Ministerio de salud, 2016)

4.4.1.3.2 Modelo Ministerio de Protección Social. Con base a la ley colombiana, el modelo está dado por la *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto* del Ministerio de Protección Social (2007).

La prevención es una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Se pone en marcha antes de que el riesgo se manifieste y buscan reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades. En este caso, los “choques” hacen referencia a los factores de riesgo que operan en los niveles macrosociales, microsociales y personales, que hacen parte del escenario vital de todos quienes viven esta sociedad y cuya manifestación refleja la concurrencia de diversidad de condiciones y circunstancias más o menos probables, según el grado de vulnerabilidad del sujeto, grupo o comunidad. En el escenario de la prevención como gestión de riesgos las “drogas” lícitas e ilícitas existen, por lo que es preciso ofrecer los medios que permitan “convivir” con ellas optando por no probar tan tempranamente sustancias lícitas y, si se entra en contacto con ellas, no probar las ilícitas (prevención). Si aun así se entra en contacto con ellas, no transita a patrones aún más nocivos para la salud y el bienestar. (Ministerio de Protección Social, 2007, P.19).

La mitigación busca reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya lo han hecho y se han convertido en daños. Para cumplir con las metas se necesita intervenir las condiciones que inciden en que haya una transición a patrones de mayor compromiso con el consumo, la instalación de un estilo de vida o la ocurrencia de riesgos y daños producidos por patrones de uso nocivos para la salud por exceso de autoindulgencia, porque se trivializan las consecuencias o porque catalizan conductas sexuales o prácticas de uso de alto riesgo. (Ministerio de Protección Social, 2007, P.21)

La superación busca aliviar el “choque” cuando este ya se ha producido. Este eje pretende ofrecer los medios que permitan afrontar adecuadamente la situación de consumo y transitar hacia la búsqueda de una salida o “superación”. Significa salir adelante y afrontar de la mejor manera una situación límite, echando mano de los recursos que estén disponibles. Las estrategias de superación hacen referencia al tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social de quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias o presentan un patrón de consumo problema en ausencia de dependencia (Ministerio de Protección Social, 2007, P.22)

4.5 Modelos de tratamiento

Estos serán los que se tendrán como referencia para la presente investigación y se toman con base al documento del Ministerio de salud y UNODC (2016). *Modelo de atención integral para trastorno por uso de sustancias psicoactivas en Colombia.*

En Colombia, todos los centros para la prestación de servicios en salud, deberán estar habilitados por la seccional de salud, por esto, los centros para atención para adictos a sustancias psicoactivas, deben estar habilitados como **IPS**: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. (Resolución 144, 2013). Las cuales se crean por la Ley 100 de 1993 y estas tienen los siguientes modelos para la prestación del servicio.

4.5.1 Modelo médico - clínico - psiquiátrico

Este modelo considera que la intervención se hace según la sustancia de abuso, en el uso de fármacos específicos para su tratamiento. El tratamiento tiene cuatro objetivos generales: 1) El control de síntomas del síndrome de abstinencia (desintoxicación); 2) La administración de una droga sustituta que permite mayor funcionalidad del paciente, mientras supera el síndrome de abstinencia; 3) Administración de fármacos antagonistas que bloquean los efectos de la sustancia psicoactiva; 4) Farmacoterapia para el tratamiento de trastornos psiquiátricos detectados conjuntamente con el uso o abuso de drogas (manejo del doble diagnóstico).

Este modelo supone que su aplicación sea propia de los centros de salud y posea un enfoque multidisciplinario. Este modelo recoge diversos modos de entender y abordar dicha problemática, principalmente a través de postulados de la psicología. Por ejemplo, toma en cuenta la teoría cognitivo conductual y el aprendizaje social, que parte del supuesto que toda conducta y sus derivados son aprendidas, por lo que del mismo modo pueden ser “desaprendidas” o modeladas. Para lograr tal fin utiliza intervenciones motivacionales, modificación de estilos de vida, entrenamiento en autocontrol, habilidades sociales, resolución de problemas y manejo emocional, entre otros. También se enfoca en el manejo de precipitantes del consumo para prevenir las recaídas y el uso de terapias aversivas (como la naltrexona y el disulfiram). Existen otros enfoques propios de la psicología que también pueden ser aplicados a entender y tratar el abuso de drogas, por ejemplo, la psicodinámica, los diversos enfoques sistémicos, la teoría del razonamiento, la teoría del aprendizaje social, el modelo de desarrollo social, la teoría del autor rechazo de Kaplan (1996, citado en Modelo de atención integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia, 2016), la teoría multietápica del aprendizaje social, el modelo de la progresión en el consumo, la teoría de los clusters amigos, entre otras; que permiten concebir la problemática desde puntos de vista específicos, para ser abordados a través de una psicoterapia individual, familiar o grupal.

4.5.2 Comunidad terapéutica

Este modelo creado por el psiquiatra inglés Maxwell Jones data de las primeras décadas del siglo XX, con pacientes crónicos de los hospitales ingleses de Belmont y Dingleton. Junto con el personal calificado, los pacientes no sólo se preocupan por su curación, sino también por la administración del recinto, por lo que en este modelo es necesario establecer canales de comunicación flexibles entre los miembros. Lo anterior, según su creador, promueve el trabajo sobre valores humanos fundamentales como la democracia, solidaridad, participación, respeto, libertad de expresión, entre otros.

Actualmente, las comunidades terapéuticas consisten en programas estructurados y jerarquizados para los pacientes, cuya permanencia puede durar entre 6 y hasta 36 meses, requiriendo que ingrese por su propia voluntad y acepte las reglas del recinto. Aquellos residentes que llevan mayor estancia tienen mayor jerarquía, lo que otorga funciones de más grado de responsabilidad, como la coordinación de los demás residentes. Profesionales encargados verifican que el proceso se lleve adecuadamente a través de reuniones con toda la comunidad, todo con el objetivo de que logren llevar una vida libre de drogas y sus sanas consecuencias. Un objetivo adicional que se busca con este modelo es la resocialización y reinserción de los individuos a la sociedad. Hay grandes contrastes entre este modelo y el modelo de “manicomio clásico”, empezando por la ausencia de métodos coercitivos, por el contrario, se funda en la educación y el aprendizaje social. Sin embargo, no siempre da respuesta a las delicadas necesidades y motivaciones que los usuarios presentan, además, por tratarse de un tratamiento rígido y excesivamente prolongado en el tiempo, genera en los pacientes la sensación de insatisfacción de sus necesidades y demandas, resultando en un modelo poco atractivo para muchos.

4.6 Diagnóstico en adicciones

4.6.1 ¿Qué es una adicción?

Se conciben las adicciones como un grupo de enfermedades de la mente y del sistema nervioso central (SNC) o encéfalo, se caracterizan por tener un comportamiento repetitivo o compulsivo, de manera que siempre se busca un estímulo placentero intenso, sin ninguna regulación y sin percibir las consecuencias de la conducta repetitiva. Es importante tener en cuenta que para que exista una adicción debe haber un estímulo lo cual genera un refuerzo positivo del llamado sistema de recompensa y placer en el SNC, siendo este de suficiente intensidad como para que el individuo pueda perder el control de su comportamiento. (Gómez, 2015).

En la Recidiva la persona vuelve a consumir después de un período de abstinencia, pero el patrón de consumo no es igual al de los consumos anteriores. El problema es que la recidiva genera en la persona una falsa sensación de autocontrol, auto engaño, casi siempre es repetitiva y termina en una recaída total (Gómez, 2015).

4.6.2 Diagnóstico desde el DSM V

“El DSM V utiliza la expresión trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave, de consumo compulsivo y continuamente recidivante”. (Ministerio de salud; UNODC, 2016). Es importante resaltar que en el DSM no se habla de abuso y dependencia y sólo habla de trastorno, esto hace que se generen confusiones en torno a la forma en que se evalúan las conductas problemáticas relacionadas con el consumo (ver Anexo 3).

4.7 Trastorno mental

Este se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, regulación emocional o comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (American Psychiatric Association, 2014). Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, comportamiento, la facultad de reconocer la realidad y adaptarse a las condiciones de la vida. (Ministerio de salud y protección social, 2017).

4.8 Patología Dual

Con respecto a este tema, el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental (2018) en *su Boletín de salud mental Patología dual en Colombia*, definen la patología dual como “una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones”. Las personas que presentan esta patología requieren de un mayor número de admisiones al servicio de urgencias y hospitalizaciones, el tratamiento incluye medicamentos que pueden generar mayor riesgo de interacciones y los pacientes son más proclives a asumir conductas de riesgo (sexual, violentas y criminales), a adquirir VIH, hepatitis y a tener dificultades para ajustarse a las normas sociales. Su origen se encuentra asociado a una vulnerabilidad genética y biológica; el espectro de signos y síntomas que se observan en quienes padecen la enfermedad, es amplio, una manifestación importante es que estas personas perciben un mayor placer al consumir las sustancias psicoactivas (SPA) del que podría sentir el resto de la población. La neurobiología explica que el efecto de las sustancias de abuso sobre el cerebro produce cambios neurobiológicos que incrementan la vulnerabilidad para desencadenar posiblemente trastornos mentales, pero también se habla acerca de cómo ciertos factores propios del individuo como su genética, las características de la personalidad y la presencia de algunos trastornos mentales, determinan la aparición de las adicciones. Otros factores que se han asociado a la etiología de la patología dual son: la exposición continua al estrés y factores ambientales en la infancia. Los principales trastornos que son contemplados en la patología dual son, la depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos.

5 Metodología

5.1 Diseño del estudio

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal, descriptivo, con una muestra a conveniencia de 120 personas entre los 18 y 65 años que se encuentran en proceso de rehabilitación por adicción a sustancias psicoactivas de tres instituciones en el Valle de Aburrá, una de ellas realiza su atención con el modelo médico (n=78) y las otras dos con el modelo de comunidad terapéutica (n=42). Se consideraron como criterios de exclusión: Instituciones y sus pacientes que no se encuentren en el Valle de Aburrá, menores de 18 años, personas que no se encontraran en capacidad física y mental para realizar la prueba, personas analfabetas por ser un cuestionario de autoreporte, y personas con un diagnóstico diferente a la adicción a sustancias psicoactivas.

5.2 Procedimientos

5.2.1 Recolección de la información

Se solicitó a las instituciones participantes su aval para la recolección de la información. Se les envió un anteproyecto especificando la metodología, el tipo de participación (la cual fue voluntaria), el aval por parte del jefe de Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia y el formato de consentimiento informado (Anexo 2).

Con los pacientes de las instituciones que cumplían con los criterios de inclusión y accedieron al estudio, se les explicó el proyecto, el instrumento y solicitó su participación, reiterando que esta era voluntaria, que se podían retirar en el momento que desearan, recordando que toda la información allí recogida solamente sería utilizada por los investigadores con fines netamente académicos. A cada participante se le pidió firmar el consentimiento informado; se entregó una copia se le entregó a la institución, luego se procedió a la aplicación del instrumento de manera presencial, donde en total con 120 participantes. Para el mejor manejo de la información y poder

hacer los análisis, se ingresó la información de cada uno de los participantes a una base de datos, con la cual se trabajó para hacer el análisis de los mismos.

La fase de aplicación del instrumento fue del 22 de abril al 5 de julio del 2021.

5.2.2 Trabajo de campo

Se hace una solicitud a la Secretaría de Salud de Antioquia de una lista con los centros habilitados para la de atención en drogodependencias en Antioquia, filtrando a aquellas instituciones que se encontraran en el Valle de Aburrá; se envió un correo electrónico al director de cada institución con el anteproyecto, al tiempo que se solicitaba su colaboración. Fueron tres las instituciones que aceptaron hacer parte del estudio.

Una vez conseguida la autorización del responsable de estos procesos, se programaron las visitas a las instituciones. Se solicitó a las instituciones participantes su aval para la recolección de la información. Se coordinó con cada una de las instituciones las fechas y horas de la aplicación además de contarles las características de la población que podían ser partícipes. A cada participante se le pidió firmar las dos partes del consentimiento informado y se le entregó una copia del mismo tanto a la institución y una para el equipo investigativo. Esto se realizó durante tres meses, que se definió como la fase de recolección de la información. Luego de la fase de aplicación, se construyó una base de datos, donde se ingresaron los resultados de las pruebas de los 120 pacientes, permitiéndonos hacer una caracterización de los participantes con base a las variables de estudio, las cuales utilizamos para el plan de análisis en donde se indicaba: el tiempo de tratamiento actual en la institución, la puntuación del SRQ-18, género, edad, estrato, trabajo, nivel de escolaridad, estado civil, nivel de ingresos, ingresos previos a tratamiento, drogas que consume, droga más consumida y apoyo familiar.

5.2.3 Cronograma

Tabla 2

Cronograma de actividades

Fecha	12 al 20 de Abril	22 de Abril al 5 de Agosto	15 de Septiembre al 10 de Octubre	18 al 22 Noviembre	30 de Noviembre
Actividad					
Envío de correo a las instituciones					
Aplicación de instrumentos					
Análisis de resultados					
Devolución a la instituciones					
Entrega final					

5.3 Instrumentos

Características demográficas, sociales y de consumo

Se indagó por variables como edad, género, estado civil, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, tener empleo, nivel de ingresos, policonsumo, sustancia por la que ingresó a tratamiento, tiempo de tratamiento y apoyo familiar, a través de un “instrumento” en el que se incluye el cuestionario SRQ-18 que se describe a continuación.

Síntomas de ansiedad, depresión y psicosis

Se cuantificaron a partir de la construcción de un instrumento que incluye el cuestionario SRQ-18 (Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos). Es una escala diseñada por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria, especialmente en países en desarrollo, por medio de una escala auto-aplicada que permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días. Esta escala cuenta con 22 ítems con puntuaciones

de 0 y 1 puntos que determinan presencia o ausencia de cada característica evaluada. Las preguntas 1 a 18 evalúan síntomas de ansiedad o depresión y una puntuación ≥ 9 se consideró clínicamente significativa; las demás preguntas evalúan síntomas psicóticos y una sola respuesta positiva se considera con relevancia clínica para dicha sintomatología.

5.3.1 Definición operacional de las variables

Las variables que se indagaron para este estudio se distribuyeron en: variables sociodemográficas, que contenían la edad, género, estado civil, estrato socioeconómico, nivel de escolaridad, empleo, apoyo familiar, y nivel de ingresos. Variables de consumo: policonsumo, sustancia por la que ingresó a tratamiento, tiempo de tratamiento; y variables psicológicas: ansiedad, depresión y psicosis, las cuales se encontraban dentro del cuestionario aplicado SRQ-18. (Anexo 4)

5.4 Edición, control y tratamiento de los datos

Para llevar a cabo la edición, control y tratamiento de los datos, primero consistió en verificar que el instrumento aplicado fuese óptimo para la recolección de datos. Este cuestionario contuvo: la caracterización de la población (datos personales, tiempo actual de estancia en la institución, modalidad de ingreso a la institución, principal sustancia por la cual se encuentra en tratamiento, si se encuentra por una o más sustancias y la escala de auto-reporte SRQ-18, diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la detección de síntomas psiquiátricos (Anexo 1).

Durante el proceso se realizaron revisiones que permitieron verificar el instrumento en cuanto a la calidad de aplicación y a que cada uno se encontrara finalizado de forma correcta. Verificando que todos los datos ingresados fuesen válidos y que no hayan campos nulos, que el patrón de respuestas indique que cada uno de los investigados haya entendido y seguido las

instrucciones; es por eso que se da información clara y pertinente sobre la ejecución de la prueba y que durante la aplicación se resolvieron todas las dudas que surgieran.

Después de la fase de control, pasamos a la fase de edición. Aquí revisamos cada uno de los formularios con el objetivo de incrementar su exactitud y precisión, examinando con el objetivo de identificar si hay respuestas ilegibles, incompletas, incongruentes o ambiguas. Se hace una revisión preliminar de la congruencia para así poder detectar aquellas incongruencias evidentes. Para el manejo de las respuestas insatisfactorias se contrastó la información con la institución. Esto solo para los datos de la caracterización de la población.

5.5 Análisis de datos

La información fue procesada y analizada en el programa Jamovi (1.2) (2020). Las variables cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y relativas, mientras que las cuantitativas se presentan con Mediana (Me) y Rango Intercuartílico (RIC) pues presentaron una distribución diferente de la normal. (Razali et al, 2001).

La correlación entre los puntajes para ansiedad y depresión de la escala SQR con el tiempo de tratamiento se exploró por medio del r de Spearman (r_s) de acuerdo con la distribución de los datos. Posterior a esto exploró la asociación entre síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos (variables dependientes del estudio) con las variables demográficas, sociales y de consumo de interés por medio del cálculo de Razones de Prevalencia (RP) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) debido a la sobreestimación que los OR hacen de la asociación en los estudios transversales (Espelt 2017), se usó la prueba de chi cuadrado para determinar la significación estadística de la asociación y un valor $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Por último, las variables que cumplieron con los criterios de Hosmer-Lemeshow (valor $p < 0,25$) en el análisis bivariado (Hosmer, D, 1991) al igual que aquellas con plausibilidad biológica con el desenlace, ingresaron en un modelo lineal generalizado con distribución Poisson, función de enlace logarítmica y errores robustos para calcular las RP ajustadas (RPa) (Bastos, L. 2015).

5.6 Consideraciones éticas

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación, se tomaron como referencia la Ley 1090 de 2006: “Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia” y los criterios éticos propuestos por Franca Tarragó. Al respecto, la ley mencionada dice lo siguiente:

La psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes contextos sociales. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones.

La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la psicología y al bienestar humano. Debe respetar la dignidad y el bienestar de las personas que participan y tener pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos. Es así, como se deberá basar en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Los criterios éticos propuestos por Franca Tarragó se basan en los siguientes principios:

- **Beneficencia:** Obligación de realizar el trabajo de manera adecuada y sin perjudicar a terceros.
- **Autonomía:** Capacidad que tiene el ser humano para decidir y gobernarse por sí mismo, sin coerción externa. El usuario ha de ser considerado como un interlocutor válido, debe ser informado, respetando sus derechos, considerando sus puntos de vista y debe decidir acerca del servicio o prestación que se le ofrece. De ello se deriva la obligación social de garantizar el derecho de todo individuo a consentir antes de que se tomen decisiones o se emprendan acciones hacia ellos.

Otros aspectos tenidos en cuenta en el estudio fueron los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia sobre la investigación con seres humanos, para garantizar la integridad física y mental de los participantes, así como los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2008 donde se insta a los investigadores a garantizar la protección de la vida, la salud, la dignidad, integridad, derecho a la libre determinación, privacidad y confidencialidad de la información personal de los de los sujetos de la investigación.

Se estimó el riesgo de esta investigación como *riesgo mínimo*, ya que, si bien no se hizo ninguna intervención, se tuvieron en cuenta los posibles riesgos derivados de la identificación de niveles altos de ansiedad en los estudiantes.

5.7 Compromisos adquiridos en el proyecto.

Como investigadores, el equipo de investigación se comprometió a:

- Hacer entrega a las instituciones de un reporte de manera general sobre lo evidenciado en los pacientes, sin información personal que permita de alguna manera develar la identidad de los sujetos.
- No hacer comparaciones de la institución con otras en las cuales se desarrolle la investigación.
- Reserva total de los datos que las instituciones y los participantes de la investigación proporcionen.

6 Resultados

6.1 Aspectos sociodemográficos

Se contó con la participación de 120 personas entre 18 y 65 años con una mediana para la edad de 32 años (RIC = 26 - 39). El 82,5% (n=99) fueron hombres, más del 50% pertenece a los estratos 2 y 3 (n=74), el 22,5% con empleo (n=27) y el 91,7% contaba con el apoyo de su familia (n=110). Otras variables demográficas sociales se presentan en la tabla 3.

Tabla 3

Variables demográficas y sociales.

	Variable	n	%
Edad	18 a 29 años (edad emergente)	48	40,0
	30 años o más	72	60,0
Género	Masculino	99	82,5
	Femenino	21	17,5
Estrato	1	28	23,3
	2	39	32,5
	3	35	29,2
	4	14	11,7
	5	4	3,3
Estado civil	Soltero	106	88,3
	Casado o en unión libre	14	11,7
Nivel de ingresos	Menos de un salario mínimo	46	38,3
	Un salario mínimo o más	74	61,7
Tiene empleo	Sí	27	22,5
	No	93	77,5
Apoyo familiar	Sí	110	91,7
	No	10	8,3

El 34,2% (n=41) tenían escolaridad alta, se encontró que el 44,2% (n=53) terminaron sus estudios de bachillerato. Dentro de los datos obtenidos se encontraron que el 74,2% (n=89) no estudian actualmente.

Tabla 4*Escolaridad.*

	Variable	n	%
Escolaridad	Baja (hasta bachillerato)	79	65,8
	Alta (técnica, superior o posgrado)	41	34,2
	Ninguno	2	1,7
	Primaria	24	20,0
Escolaridad	Bachillerato	53	44,2
	Técnico	22	18,3
	Universitario	15	12,5
	Posgrado	4	3,3
Estudia actualmente	Sí	31	25,8
	No	89	74,2

6.2 Perfil de consumo

El 65,0% de los participantes (n=78) se encontraban en la institución que trabaja con modelo institucional; la mediana para el tiempo tratamiento fue de 29 días (RIC = 9 – 124). El 85,8% (n=103) presentaron policonsumo; el 20,0% (n=24) ingresaron a tratamiento por consumo de marihuana y 48,3% (n=58) por uso de cocaína o bazuco (sustancias de mayor impacto debido a la compulsividad en el consumo). Las variables de consumo se presentan en la tabla 5.

Tabla 5*VARIABLES DE CONSUMO.*

		Variable	n	%
Modelo de tratamiento	de	Comunidad terapéutica	42	35,0
		Institucional	78	65,0
Ingresos a tratamiento	a	Primera vez	59	49,2
		Más de una vez	61	50,8
Sustancia por la que ingresó a tratamiento	la	Cocaína	41	34,2
		Marihuana	24	20,0
		Bazuco	18	15,0
		Alcohol	17	14,2
		Heroína	14	11,7
Policonsumo		Benzodiacepinas	6	5,0
		Sí	103	85,8
		No	17	14,2

6.3 Síntomas de ansiedad/depresión y síntomas psicóticos

La escala para síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativa tuvo puntajes entre 0 y 17 puntos, con Me= 5 (RIC = 2 – 9), la escala para síntomas psicóticos clínicamente significativos tuvo puntajes entre 0 y 4, Me= 1 (RIC = 1 – 2). Los primeros 8 reactivos del instrumento SRQ-18 evalúan síntomas típicos de ansiedad. Los siguientes 10 reactivos son síntomas típicos de depresión. Por último, de las preguntas 19 a 22 evalúan síntomas psicóticos.

El 48,3% de los participantes (n=58) se sintieron nerviosos, tensos o aburridos en el último mes, el 38,3% (n=46) tuvieron dificultades para tomar decisiones, el 37,5% (n=45) tuvieron ideas de acabar con su vida, y el 20,8% (n=25) presentaron síntomas alucinatorios de escuchar voces.

Tabla 6*Distribución porcentual de las respuestas afirmativas respondidas en la escala SRQ*

Variable	n	%
¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	29	24,2
¿Tiene mal apetito?	20	16,7
¿Duerme mal?	34	35,8
¿Se asusta con facilidad?	32	26,7
¿Sufre de temblor de manos?	40	33,3
¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	58	48,3
¿Sufre de mala digestión?	26	27,7
¿No puede pensar con claridad?	43	35,8
¿Se siente triste?	52	43,3
¿Llora usted con mucha frecuencia?	32	26,7
¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?	33	27,5
¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	46	38,3
¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	40	33,3
¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	25	20,8
¿Ha perdido interés en las cosas?	51	42,5
¿Se siente aburrido?	57	47,5
¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	45	37,5
¿Se siente cansado todo el tiempo?	37	30,8
¿Siente usted que alguien ha tratado de hacerle daño de alguna forma sin que usted tenga pruebas de que sea así?	38	31,7
¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	61	50,8
¿Ha tenido pensamientos extraños o fuera de lo común?	50	41,7
¿Ha escuchado voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	25	20,8

De los 120 participantes, el 30% (n=36) presentaron síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativa, y el 77,5% (n=93) respondieron positivamente al menos una de las preguntas de síntomas psicóticos.

Tabla 7*Variables de salud mental.*

Variable		n	%
Ansiedad y depresión clínicamente significativas	Sí	36	30,0
	No	84	70,0
Psicosis clínicamente significativa	Sí	93	77,5
	No	27	22,5

Alpha de Cronbach SRQ 1-18

En la tabla 8 se presenta el Alpha de Cronbach, el cual es menor de 0,70 lo que indicaría que la escala de síntomas psicóticos no es confiable, por lo anterior los resultados se podrían ver alterados.

Tabla 8*Índice de confiabilidad de la escala de síntomas psicóticos.*

Escala de síntomas psicóticos	Cronbach's α	McDonald's ω
	0,457	0,555

6.4 Salud mental y aspectos sociodemográficos

En el análisis bivariado solo se encontró asociación entre los síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos con la edad emergente $RP = 2,10$ $IC95\%$ (1,21 – 3,65)

Al cruzar las variables de salud mental y estrato se encontró que aquellos que presentaron ansiedad y depresión positiva, el 27,8% (n=10) y el 25% (n=9) pertenecen a los estratos 1 y 3 respectivamente; mientras que aquellos que no presentan a ansiedad y depresión, el 33,3% (n=28) y el 10,7% (n=9) pertenecen a los estratos 2 y 4 respectivamente.

En relación a los síntomas psicóticos y estrato, el mayor porcentaje de síntomas psicóticos positivos se encuentran en el estrato 2 con una población de 34 (n=36,6%), seguido por 29,0% (n=27) pertenecientes al estrato 3. Otros resultados de salud mental y estrato se presentan en la tabla 9.

Tabla 9

Salud mental según el estrato.

Variable	Ansiedad y depresión		Síntomas psicóticos	
	Sí	No	Sí	No
Estrato				
1	10 27,8%	18 21,4%	20 21,5%	8 29,6%
2	11 30,6%	28 33,3%	34 36,6%	5 18,5%
3	9 25,0%	26 31,0%	27 29,0%	8 29,6%
4	5 13,9%	9 10,7%	10 10,8%	4 14,8%
5	1 2,8%	3 3,6%	2 2,2%	2 7,4%
Total	36 100%	84 100%	93 100%	27 100%

El 75,0% (n=27) de los participantes que presentaron ansiedad y depresión estudiaron hasta bachillerato, y una tercera parte de los que presentaron síntomas psicóticos cuentan con una educación técnica superior 31,2% (n=29).

Tabla 10*Salud mental según el nivel de escolaridad.*

Variable	Ansiedad y Depresión		Síntomas psicóticos	
	Sí	No	Sí	No
Nivel de escolaridad				
Hasta bachillerato	27 75,0%	52 61,9%	64 68,8%	15 55,6%
Técnica o superior	9 25,0%	32 38,1%	29 31,2%	12 44,4%
Total	36 100%	84 100%	93 100%	27 100%

De los participantes que presentaban ansiedad y depresión, el 83,3% (n=30) son solteros vs el 16,7% (n=6) cuentan con una pareja estable. Mientras que aquellos que puntuaron síntomas psicóticos, el 88,2% (n=82) son solteros vs el 11,8% tienen una pareja estable (n=11).

Tabla 11*Salud mental según el estado civil.*

Variable	Ansiedad y Depresión		Síntomas psicóticos	
	Sí	No	Sí	No
Estado civil				
Soltero	30 83,3%	76 90,5%	82 88,2%	24 88,9%
Pareja estable	6 16,7%	8 9,5%	11 11,8%	3 11,1%
Total	36 100%	84 100%	93 100%	27 100%

El 33,3% de los participantes que puntuaron positivamente en ansiedad y depresión, (n=12), contaban con una actividad laboral al momento de ingresar a la institución. Mientras que el 24,7% (n=23), positivos para síntomas psicóticos, contaban con una actividad laboral al momento de ingresar a la institución.

Tabla 12*Salud mental y situación laboral.*

Variable	Ansiedad y depresión		Síntomas psicóticos	
	Sí	No	Sí	No
Trabajo				
No	24	69	70	23
	66,7%	82,1%	75,3%	85,2%
Sí	12	15	23	4
	33,3%	17,9%	24,7%	14,8%
Total	36	84	93	27
	100%	100%	100%	100%

6.5 Salud mental y perfil de consumo

Casi una tercera parte de la población que reportaron síntomas de ansiedad y depresión, ingresaron a la institución por cocaína 38,9% (n=14). De los encuestados, el 34,4% (n=32) marcaron positivamente para sintomatología psicótica por la misma sustancia.

Tabla 13*Salud mental y droga de ingreso a tratamiento.*

Variables	Ansiedad y Depresión		Síntomas psicóticos	
	Sí	No	Sí	No
Droga tratamiento				
Alcohol	4	13	12	5
	11,1%	15,5%	12,9%	18,5%
Marihuana	5	19	20	4
	13,9%	22,6%	21,5%	14,8%
Cocaína	14	27	32	9
	38,9%	32,1%	34,4%	33,3%
Bazuco	3	15	13	5
	8,3%	17,9%	14,0%	18,5%
Heroína	6	8	10	4
	16,7%	9,5%	10,8%	14,8%
Benzodiazepinas	4	2	6	0
	11,1%	2,4%	6,5%	0,0%
Total	36	84	93	27
	100%	100%	100%	100%

El policonsumo presenta las cifras más altas. El 97,2% de la población (n=35) con sintomatología de ansiedad y depresión, eran policonsumidores. Y el 89,2% (n=83) informaron síntomas psicóticos.

Tabla 14*Salud mental y policonsumo*

Variable	Ansiedad y depresión		Síntomas psicóticos	
	Sí	No	Sí	No
Policonsumo				
No	1	16	10	7
	2,8%	19,0%	10,8%	25,9%
Sí	35	68	83	20
	97,2%	81,0%	89,2%	74,1%
Total	36	84	93	27
	100%	100%	100%	100%

6.6 Otros hallazgos.

La cocaína es la sustancia por la cual más población entró a tratamiento. Siendo el 35,4% (n=35) en hombres y 28,6% (n=6) en mujeres. Además, se destaca el alto porcentaje de mujeres que ingresaron a tratamiento por heroína 23,8% (n=5).

Tabla 15*Género según droga de ingreso a tratamiento*

Variable	Droga tratamiento						Total
	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Bazuco	Heroína	Benzodiacepinas	
Género							
Masculino	13	21	35	17	9	4	99
	13,1%	21,2%	35,4%	17,2%	9,1%	4,0%	100%
Femenino	4	3	6	1	5	2	21
	19,0%	14,3%	28,6%	4,8%	23,8%	9,5%	100%

Tanto en hombre como en mujeres se puede evidenciar proporciones similares de policonsumo, siendo el 85,9% (n=85) en hombres y el 85,7% (n=18) en mujeres.

Tabla 16

Género según policonsumo.

Variables	Género	
	Masculino	Femenino
Policonsumo		
No	14 14,1%	3 14,3%
Sí	85 85,9%	18 85,7%
Total	99 100%	21 100%

7 Discusión

En el presente estudio, se encontraron datos coherentes con la literatura con base a las variables de estudio.

La investigación de Vintimilla et al (2020) reveló que, de las personas en tratamiento para consumo de sustancias psicoactivas, el 85,2% fueron hombres y el resto mujeres. Lo cual es concordante con la disparidad de género encontrada en el estudio, el 82,5% (n=99) fueron hombres y el 17,5% (n=21) mujeres.

Myers (1999), citado en Mendoza Carmona & Vargas Peña, (2017), considera que un factor que contribuye a una adicción a SPA, es los aspectos sociales de las personas, como el desempleo, la clase económica, la deserción escolar. En la investigación se encuentra que el 77,5% (n=93) de los participantes se encontraban desempleados; las personas que pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 representan el 85% (n=102); y el 65,8% (n=79) cuentan con una escolaridad baja, es decir, hasta bachillerato.

Según el estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, Área Metropolitana y resto de Antioquia (2009) las tres principales sustancias psicoactivas de consumo en Antioquia son marihuana, cocaína y bazuco. Con respecto a la primera sustancia entre los 130 mil consumidores recientes de marihuana aproximadamente 72 mil pueden ser considerados en los grupos de “abuso” o “dependencia”, lo que representa un 55% del total de consumidores, o 2,6% de la población global del departamento. La cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Antioquia, de las 52 mil personas que han consumido cocaína durante el último año, 79% clasifican en los grupos en situación de “abuso” o “dependencia”; esto es, cerca de 41 mil personas. El tercer lugar entre las sustancias ilícitas que se consumen en Antioquia lo ocupa el bazuco, de los consumidores, 92,5% se clasifican en las categorías de “abuso” y “dependencia”. Así, el consumo de bazuco representa, proporcionalmente hablando, la mayor tasa de abusadores y dependientes. Estos porcentajes son concordantes con los hallazgos de la investigación realizada, puesto que en el estudio las tres drogas por las que más se ingresó fueron: la cocaína en un 34,2%, marihuana 20% y bazuco 15%.

Algo importante es que se concuerda con lo que presentan Contreras, Miranda y Torres (2020) exponen una relación existente entre el abuso de algunas sustancias y la presencia de problemas de salud mental. Pero establecer el papel específico que juega cada sustancia en el inicio, mantenimiento o empeoramiento del trastorno mental es algo que no se ha logrado por diferentes motivos. Uno de estos es que hay un alto grado de policonsumo. Lo cual se ve reflejado en la investigación, de los cuales se encontró que el 85,8% (n=103) de los participantes presentan policonsumo, siendo 85 hombres vs 18 mujeres.

Desde los resultados y la literatura, como relatan Contreras et al (2020) los síntomas depresivos y de ansiedad están relacionados con el síndrome de abstinencia, en otras ocasiones con situaciones de estrés frecuentes en el curso de la enfermedad adictiva, pero sin alcanzar la intensidad y duración necesarias que permitan establecer el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo o de ansiedad. En el caso de la presente investigación al ser una prueba de tamizaje no permite determinar que un paciente tiene una patología del estado de ánimo y en qué tipo de patología se enmarca.

La presencia de alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y estrés, se ha asociado al abuso de sustancias debido a que éstas constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés, gracias a sus efectos sobre el sistema nervioso. Según la literatura revisada muchos pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas pueden tener síntomas depresivos y de ansiedad en mayor o menor grado de duración a lo largo de su evolución, la presencia de dicha sintomatología no implica que el individuo cumpla los criterios de un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad. También se ha encontrado que estos síntomas están relacionados con el síndrome de abstinencia o situaciones de estrés. La presencia del alcohol u otros depresores del sistema nervioso central son el determinante para la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad, lo cuales tienden a desaparecer de forma paralela a la intoxicación (Contreras et al 2020).

Según la encuesta nacional de salud mental realizada en el 2015, el consumo de cualquier sustancia se asocia con la presencia de ideación suicida, esto concuerda con lo encontrado en el estudio puesto que el 37,5% (n=45) de los participantes respondieron afirmativamente a la pregunta ¿en los últimos 30 días, ha tenido la idea de acabar con su vida?

Otra variable importante en la investigación fue el apoyo familiar, el cual el 91,7 % de los participantes respondieron afirmativamente. Esto se indagó porque investigaciones como las de Zapata Vanegas (2009), muestran que con el concepto de capital de recuperación (*recovery capital*) el cual se refiere a la cantidad y calidad de recursos internos y del ambiente del individuo, en los cuales se apoya para mantener la recuperación del problema de abuso y adicción a las drogas. Entre estos, el soporte y empoderamiento familiar, nombra el autor, sería una base importante para el tratamiento ya que esta se ve afectada por todo el proceso que el individuo pasa desde la adicción hasta el momento del tratamiento y aún después de este.

González, Tumuluru, González, Gaviria (2015, citado en Apaza Torres, 2020) en su estudio sobre el consumo de cocaína, mencionan que los efectos psiquiátricos que genera esta sustancia psicoactiva suelen ser cuadros ansiosos y paranoides, una patología dual, esto quiere decir que además de padecer de un trastorno mental y de comportamientos debido al consumo de psicotrópicos, muchas de estas personas luego de su consumo excesivo tienden a ser diagnosticadas con esquizofrenia u otros, lo cual está relacionado con el presente estudio puesto que el 77,5% (n=93) respondieron afirmativamente a los reactivos de síntomas psicóticos y la cocaína fue la sustancia por la que más se ingresó a tratamiento con un 34,2% (n=41).

8 Conclusiones

Se concluye que, la mayoría de los participantes fueron hombres, mayores de 30 años, pertenecientes a estratos económicos bajos, que se encontraban desempleados, con escolaridad baja y que no se encontraban estudiando en el momento del ingreso a la institución, sin pareja estable y contaban con apoyo familiar.

Se encontró que las drogas más consumidas fueron cocaína, marihuana y bazuco. Tienen policonsumo. La mayoría de los participantes han ingresado a las instituciones de rehabilitación para drogodependientes más de una vez.

Se logró evidenciar que un tercio de la población encuestada presenta sintomatología de ansiedad y depresión, y la mayoría puntuó positivo en sintomatología psicótica, sin embargo, es importante aclarar que las preguntas que evaluaban los síntomas psicóticos tienen un índice de confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0,457, el cual es menor de 0,70 lo que indica que la escala de síntomas psicóticos no es confiable, por lo que los resultados se podrían ver alterados.

De aquellos que puntuaron en sintomatología depresiva y ansiosa la mayoría es de los estratos bajos; estudiaron hasta bachillerato, sin pareja estable y desempleados. Estos mismos casos se presentaron con sintomatología psicótica.

Casi una tercera parte de la población que reportaron síntomas de ansiedad y depresión, ingresaron a la institución por cocaína 38,9% (n=14) los cuales también marcaron positivamente para sintomatología psicótica por la misma sustancia. En la población encuestada se encontró que la cocaína fue la sustancia más consumida en ambos géneros, seguida por la marihuana en hombres, y heroína en mujeres. El policonsumo se presentó en igualdad de proporción en ambos géneros.

9 Limitaciones

Entre las limitaciones para esta investigación tuvimos la contingencia del Covid-19, que nos obligó a plantearnos un instrumento donde la aplicación fuera virtual. Además del hecho de que había restricciones de movilidad que nos hizo cambiar el cronograma de las actividades. Es preciso aclarar que la temporalidad propia del estudio, el trabajar con una muestra reducida y con un muestreo a conveniencia, no solo no permite establecer asociaciones causales entre las variables de estudio, sino que además pudo haber favorecido el hecho de no encontrar asociaciones entre los síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos con algunas variables de importancia clínica debido a probabilidad de cometer un error estadístico tipo II, por lo que se invita a leer los resultados en el contexto en el que se presentan. Las respuestas de los pacientes pueden estar influidas por sesgos de memoria, lo cual podría verse reflejado en prevalencias menores a las reales. Es posible que los participantes no brindaran información confiable respecto a temas sensibles como los tratados en esta encuesta.

10 Recomendaciones

Con base en los resultados de la investigación es importante que se realicen más estudios sobre el tema con una población más representativa, lo cual permita ahondar en las características de salud mental en pacientes drogodependientes de una manera más amplia. Se propone también trabajar con poblaciones centradas con mujeres y adolescentes, debido a que en la literatura no se encuentra información concluyente sobre dicho tema. Se recomienda usar pruebas validadas en población latinoamericana que ahondan en un rango más amplio de trastornos mentales. Se recomienda que en Colombia se actualice la Encuesta Nacional de Salud Mental, debido a que la última se realizó en el 2015.

11 Referencias

- Alcaldía de Medellín (2015). *Abordaje integral para la intervención de conductas adictivas*.
- Apaza Torres, M. (2021). *Depresión en pacientes adictos*. [Para optar el Grado Académico de Bachiller en Psicología]. Repositorio Institucional continental.
- Becoña Iglesias, E., Cortes Tomas, M., Arias, F., Cesáreo, H., Sorribas, B., Berdullas Barreiro, J., ... Villanueva Blasco, J. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.
- BREASTCANCER. (17 de septiembre de 2012). *Analgésicos narcóticos (opiáceos)*.
<https://bit.ly/3JjSrzB>
- Campuzano, C., Feijoó, L., Manzur, K., Palacio, M., Rendón, J., Montoya, L., Berrouet, M., Restrepo, D. (2021). Comorbilidad entre síntomas depresivos y consumo de sustancias en pacientes hospitalizados por enfermedades no psiquiátricas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 130–137.
- Castaño, G. (2000). Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*, 12(4), 541-550.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.664>.
- Colombia. Congreso de la República. (1992). *Ley 30 de 1986 (enero 31): Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial
- Colombia. Congreso de la República. (1993). *Ley 100 de 1993 (diciembre 23): por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial
- Colombia. Congreso de la República. (1993). *Ley 1438 de 1993 (enero 19): por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial
- Colombia. Congreso de la República. (2006). *Ley 1090 de 2006 (septiembre 6): por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Diario Oficial
- Colombia. Congreso de la República. (2012). *Ley 1566 de 2012 (julio 31): por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas*. Diario Oficial
- Colombia. Congreso de la República. (2013). *Ley 1616 de 2013 (enero 21): por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial

- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (1969) *Decreto-ley número 257 de 1969 (febrero 24): Por la cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud Pública*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2003). *Resolución 826 de 2003 (abril 10): Por la cual se expiden normas para el control y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta y destrucción de Materias Primas de Control Especial y medicamentos que las contengan y sobre del Estado*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1441 de 2013 (mayo 6) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Decreto 3039 de 2007 (agosto 10): Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 4886 de 2018 (noviembre 7): Por la cual se adopta la política Nacional de Salud Mental*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 089 de 2019 (enero 16): Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Diario Oficial.
- Contreras, Y., Miranda, O., y Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71-85.
- Correa, A. y Pérez, A. (2013). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *Liberabit*, 19(2), 153-162.
- Échelecabeza. (8 de enero de 2018). *Bazuco*. <https://www.echelecabeza.com/bazuco/>
- Espada, S., Rodríguez, F. & L. M. (2012). Modelo Integrador para personas con adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 449-460. <https://doi.org/ISBN 92 4 156235 8>.
- França-Tarragó, O. (2008). *Ética Para Psicólogos*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- García Valencia, J, & Méndez Villanueva, M. P. (2014). Factores asociados al abandono temprano del tratamiento de trastornos por uso de sustancias en una institución de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 7-17.
- Gómez, J. M. (Ed.). (2015). *Las adicciones: enfermedades que pueden ser tratadas*. Medellín, Colombia: Hospital Universitario de San Vicente Fundación.

- Gómez-Restrepo C; Bohórquez A; Pinto Masis D; Gil Laverde JFA; Rondón Sepúlveda M; Díaz Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev. Panamericana Salud Publica*, 16(6), 78–86.
- Gossaín, J. (2019). En Colombia, las mujeres jóvenes consumen más alcohol que los hombres. *El Tiempo*. <https://bit.ly/3pBaqJv>
- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. <https://bit.ly/3pysS5x>
- Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental (2018) *Boletín de salud mental Patología dual en Colombia*. Bogotá. <https://bit.ly/3ewmkhl>
- Hernán Villalobos-Galvis, F., Fernanda Figueroa-Peña, M., Janneth Figueroa-Patiño, D. (2019). Implementación de un modelo de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas en un establecimiento penitenciario. *Saber, Ciencia y Libertad*, 14(1), 247–260. <https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2019v14n1.5226>
- Hernández, D. C. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 153–170. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60274-2](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60274-2).
- Hernández, Fernández y Batista (2016), *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. (2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción*.
- López Acosta, C. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología*, 20(2), 53-76.
- Marín-Navarrete, Rodrigo, & Benjet, Corina, & Borges, Guilherme, & Eliosa-Hernández, Angélica, & Nanni-Alvarado, Ricardo, & Ayala-Ledesma, Marcos, & Fernández-Mondragón, José, & Medina-Mora, María Elena (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36(6), 471-479.
- Millsap, R., & Maydeu-Olivares, A. (2009). *The SAGE handbook of quantitative methods in psychology*. London, SAGE Publications Ltd.
- Ministerio de Justicia de Colombia (2009). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Medellín, Área Metropolitana y resto de Antioquia - 2009*.
- Ministerio de salud y protección social (2017). *Guía en salud mental* (1ª ed). Ministerio de Salud y Protección Social.

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). *Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021*.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2019). *Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. La salud es de todos*.
- Ministerio de Salud. (2016). *ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*. <https://bit.ly/3ezkrRg>
- Ministerio de salud. (2020). *Promoción y prevención*. <https://bit.ly/3eyFd3e>
- Ministerio de salud; UNODC. (2016). *Modelo de atención integral para trastorno por uso de sustancias psicoactivas en Colombia*.
- Moral Jiménez, M. V., Sirvent Ruiz, C., Ovejero Bernal, A., & Rodríguez Díaz, F. J. (2013). Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 6(4), 248–261. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(04\)70170-1](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(04)70170-1).
- Naciones Unidas, Oficina Contra la Droga y el Delito. (2002). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Naciones Unidas* (Vol. 32).
- National Institute on Drug Abuse. (2017). *La ciencia de la adicción*. <https://bit.ly/346Sxdh>
- National Institute on Drug Abuse. (2019). *Entendiendo el uso de drogas y la adicción*. <https://bit.ly/32vtosh>
- National Institute on Drug Abuse. (2019). *La heroína – DrugFacts*. <https://bit.ly/32KCuBi>
- National Institute on Drug Abuse. (2019). *La marihuana – DrugFacts*. <https://bit.ly/3ett5AJ>
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Cigarrillos electrónicos (e-cigs) – DrugFacts*. <https://bit.ly/3JjTlSF>
- National Institute on Drug Abuse. (2021). *Cigarrillos y otros productos con tabaco – DrugFacts*. <https://bit.ly/3mHoq2C>
- National Institute on Drug Abuse. (2021). *La cocaína – DrugFacts*. <https://bit.ly/3HmUWi7>
- National Institute on Drug Abuse. (2021). *Opioides de prescripción médica – DrugFacts*. <https://bit.ly/3FJds4c>
- O’Malley, G. F., & O’Malley, R. (2017). *Opiáceos*. <https://msdmnls.co/32JHJAV>

- Observatorio de Drogas de Colombia. (abril de 2007). *Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)*, 10–22.
- Organización de los Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas de la OMS*. <https://bit.ly/3HkOOXW>
- Organización Mundial de la Salud. (S.F). *Salud mental*.
- Ovejero Bernal, A., Sirvent Ruiz, C., Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Psychosocial Intervention*, 14(2), 189–208.
- Preciado, N., & Díaz, J. (2017). Aspectos psicosociales de la enfermedad adictiva a consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, curso de la enfermedad y tratamiento. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(2), 157–176. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v9n2a10>.
- Rincón, H., Castillo, A., y Prada, S. (2016). Desórdenes y enfermedad psiquiátrica causada por el uso de alcohol en Colombia. *Colombia Médica*, 47(1), 31-37.
- Sánchez Hervás, E. (2006). Tratamientos combinados en la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 8(1), 42–52. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(06\)75105-4](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(06)75105-4).
- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V., & Marales Gallús, E. (2013). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159–166. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(04)70159-2).
- Sánchez-Morate Tristante, M., Miñarro-López, J., Montoya-Castilla, I., & Pérez-Marín, M. (2017). Trastorno mental y tipo de sustancia consumida: estudio piloto sobre la utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 3(2), 12-20. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.2.03>.
- Sanvisens, A., Rivas, I., Faure, E., Muñoz, T., Rubio, M., Fuster, D., Muga, R. (2014). Características de los pacientes adictos a la heroína admitidos en un programa de

tratamiento con metadona. *Medicina Clínica*, 142(2), 53–58.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.023>.

Seidenberg, A., & Honegger, U. (2000). *Metadona, Heroína y otros opioides*. Granada: Ediciones de Díaz de Santos.

Sistema Integrado de Información de la Protección Social. (2018). Episodio depresivo por subgrupo y edad en Medellín, Antioquia. <https://bit.ly/32xXbk6>

Szerman, M. N. (2017). Patología dual: integrando la salud mental. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 3(2), 1-2. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.2.01>.

Velásquez de p, E., Olaya Peláez, Á., Pérez, C., Guillermo, Castro Rey, S. (2013). *Adicciones, aspectos clínicos y psicosociales, tratamiento y prevención*. Medellín: CIB Fondo Editorial.

Vintimilla Molina, D; Campoverde Pesantez, X; Vintimilla Molina, J; Campoverde Barros, J; Tenemaza Ruilova, M; Bustamante Solórzano, C. (2020). Niveles de ansiedad durante el tratamiento en consumidores de sustancias psicotrópicas. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 39(6), 734-741. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4404816>

Volkow, N. D., Koob, G. F., y McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.

Zapata Vanegas, M (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2) 86- 94. ISSN 2011-3080.

12 Anexos

Anexo 1. Instrumento aplicado en el estudio

Efecto que tiene el tratamiento para las adicciones a sustancias psicoactivas en otras áreas de la salud mental

El presente formulario hace parte de una investigación llevada a cabo por parte de un equipo de estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia, la cual tiene como propósito la evaluación de algunos aspectos relacionados con la salud mental. En este formulario se encuentra incluida la escala de auto-reporte SRQ-18, diseñada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la detección de síntomas psiquiátricos.

Nombre completo	Documento de identificación

Caracterización

1. Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		2. Edad	
3. Estrato socioeconómico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		4. ¿Cuánto tiempo llevas en tratamiento?	
5. ¿Actualmente estudias? (Al momento de ingresar al tratamiento) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		6. ¿Actualmente trabajas? (Al momento de ingresar al tratamiento) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. Nivel de escolaridad			
Ninguno <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>	
Técnico <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>	Posgrado <input type="checkbox"/>	
8. Estado civil			
Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	
Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>		

9. Nivel de ingresos en SMMLV (El salario mínimo actual es \$908.526)			
Menos de \$908.526	<input type="checkbox"/>	Entre \$908.526 y \$1'817.052	<input type="checkbox"/>
Entre \$1'817.052 y \$2'725.578	<input type="checkbox"/>	Entre \$2'725.578 y \$4'542.630	<input type="checkbox"/>
\$4'542.630 o más	<input type="checkbox"/>		
10. ¿De qué manera ingresaste a la institución?			
Régimen contributivo (EPS)	<input type="checkbox"/>	Régimen subsidiado (Sisbén)	<input type="checkbox"/>
		Particular	<input type="checkbox"/>
11. Número de veces que has ingresado a centros de tratamiento para la adicción			
Primera vez	<input type="checkbox"/>	Repetido (entre dos y cinco veces)	<input type="checkbox"/>
Más de 5 veces	<input type="checkbox"/>	Más de 10 veces	<input type="checkbox"/>
12. Sustancias psicoactivas que consumes (puedes elegir varias)			
Alcohol	<input type="checkbox"/>	Tábaco	<input type="checkbox"/>
		Cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	Cocaína	<input type="checkbox"/>
		Bazuco	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	Benzodicepinas (Pepas, pastillas, rueda)	<input type="checkbox"/>
13. Principal sustancia psicoactiva por la cual te encuentras en tratamiento			
Alcohol	<input type="checkbox"/>	Tábaco	<input type="checkbox"/>
		Cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	Cocaína	<input type="checkbox"/>
		Bazuco	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	Benzodicepinas (Pepas, pastillas, rueda)	<input type="checkbox"/>
14. Segunda sustancia psicoactiva por la cual te encuentras en tratamiento			
Alcohol	<input type="checkbox"/>	Tábaco	<input type="checkbox"/>
		Cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	Cocaína	<input type="checkbox"/>
		Bazuco	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	Benzodicepinas (Pepas, pastillas, rueda)	<input type="checkbox"/>
		Ninguna	<input type="checkbox"/>
15. ¿Recibes apoyo por parte de tu familia en el proceso de tratamiento?			
Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Responde por favor, si en el último mes has presentado los siguientes síntomas

Pregunta	Si	No
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Se siente aburrido?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Siente usted que alguien ha tratado de hacerle daño de alguna forma sin que usted tenga pruebas de que sea así?		
20. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
21. ¿Ha tenido pensamientos extraños o fuera de lo común?		
22. ¿Ha escuchado voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		

Anexo 2. Consentimiento informado

Estimado/a Señor/a:

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación sobre el estado de salud mental, llevada a cabo por Erika Alejandra Mosquera Ruiz, Sebastián Echeverry Olano y Wilson Alejandro Amado Salazar, estudiantes del departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia.

El objetivo de este estudio es: determinar aspectos relacionados con su salud mental en la actualidad. Su participación es voluntaria, consistirá en: responder un cuestionario sobre su condición de salud y valorar si hay persistencia de alguna condición que esté afectando su salud mental.

Su participación en este proceso investigativo no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental y es voluntaria. Usted puede negarse a participar o dejar de participar total o parcialmente en cualquier momento del proceso sin que deba dar razones por ello ni recibir ningún tipo de sanción. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio económico. Cabe destacar que la información obtenida será guardada por los investigadores responsables, sólo se utilizará para análisis propios de este estudio, además permanecerá completamente anónima.

Parte del procedimiento formal, es informar a los participantes y solicitar su autorización (consentimiento informado). Para ello le solicitamos contestar y devolver firmada la hoja adjunta.

Agradecemos su colaboración.

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificado con cédula de ciudadanía acepto participar voluntariamente en la investigación sobre el estado de salud mental llevada a cabo por Erika Alejandra Mosquera Ruiz, Sebastián Echeverry Olano, y Wilson Alejandro Amado Salazar, estudiantes del departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. Con base en ello, acepto participar en ésta investigación

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, ni representa algún tipo de compensación económica; que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información obtenida será guardada por los investigadores responsables y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio y que mi nombre no se mencionará en algún lado de ésta investigación

Con el conocimiento sobre los objetivos del estudio, su participación y el tratamiento que se le dará a la información, acepta voluntariamente participar de la actividad: _

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

Nombre Investigador

Firma

Firma

Fecha:

Fecha:

Anexo 3. Criterios diagnósticos

A partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la Asociación Americana de Psicología (APA), se toman los criterios diagnósticos para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y sus respectivos síndromes de abstinencia.

Trastorno por consumo de alcohol

A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Abstinencia de alcohol

A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.

B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. Sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
2. Incremento del temblor de las manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tonicoclónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se aplica en las raras circunstancias en las que aparecen alucinaciones (habitualmente visuales o táctiles) con una prueba de realidad inalterada, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

Trastorno por consumo de tabaco

A. Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.

5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. interferencia con el trabajo).
6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. fumar en la cama).
9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco).
 - b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: El individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como un sustituto de la nicotina, y no cumple ningún criterio del trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia de la medicación sustitutiva de la nicotina).

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al Tabaco.

Abstinencia de tabaco 292.0 (F17.203)

A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.

B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:

1. Irritabilidad, frustración o rabia.
2. Ansiedad.

3. Dificultad para concentrarse.

4. Aumento del apetito.

5. Intranquilidad.

6. Estado de ánimo deprimido.

7. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Trastorno por consumo de cannabis

A. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.

5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.

7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.

10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:

a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis, pág. 271).

b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al cannabis.

Abstinencia de cannabis 292.0 (F12.288)

A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (p. ej. consumo diario o casi diario, durante un periodo de varios meses por lo menos).

B. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A:

1. Irritabilidad, rabia o agresividad.

2. Nerviosismo o ansiedad.

3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).

4. Pérdida de apetito o de peso.

5. Intranquilidad.

6. Estado de ánimo deprimido.

7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Trastorno por consumo de opiáceos

A. Un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.

5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los opiáceos (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de opiáceos, págs. 290–291).
 - b. Se consumen opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está tomando algún medicamento agonista con receta, como metadona o buprenorfina y no cumple ninguno de los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos de esa clase de medicamentos (excepto tolerancia o abstinencia del agonista). Esta categoría también se aplica a los individuos en tratamiento con un agonista parcial, un agonista/antagonista o un antagonista completo como naltrexona oral o depot.

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los opiáceos.

Abstinencia de opiáceos 292.0 (F11.23)

A. Presencia de alguno de los hechos siguientes:

1. Cese (o reducción) de un consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).
2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.

B. Tres (o más) de los hechos siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el Criterio A:

1. Humor disfórico.
2. Náuseas o vómitos.
3. Dolores musculares.
4. Lagrimeo o rinorrea.
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
6. Diarrea.
7. Bostezos.
8. Fiebre.
9. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Trastorno por consumo de estimulantes

A. Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.

5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de estimulantes, pág. 304).
 - b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los estimulantes.

Abstinencia de estimulantes

- A. Cese (o reducción) de un consumo prolongado de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.

B. Humor disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen en el plazo de unas horas o varios días tras el Criterio A:

1. Fatiga.
2. Sueños vívidos y desagradables.
3. Insomnio o hipersomnias.
4. Aumento del apetito.
5. Retraso psicomotor o agitación.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Especificar la sustancia específica que provoca el síndrome de abstinencia (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

A. Presencia de uno o los dos síntomas siguientes:

1. Delirios.

2. Alucinaciones.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno psicótico independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento.

Nota: Este diagnóstico sólo se puede hacer en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando en el cuadro clínico predominan los síntomas del Criterio A y cuando son suficientemente graves para merecer atención clínica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Anexo 4. Operacionalización de variables

Variable	Etiqueta	Valores	Valores nuevos	Naturaleza	Nivel de medición
MODELO	Modelo	todos los 100: 1 Todos los 200: 0 Todos los 300: 1	0: Modelo institucional 1: Comunidad terapéutica	Cualitativa	Nominal
SEXO	Sexo	1= Masculino 2= Femenino	0: Masculino 1: Femenino	Cualitativa	Nominal
EDAD	Edad en años	18 - 65 años	0: menores de 29 años 1: 30 años o más	Cuantitativa	Razón
ESTRATO	Estrato	1 2 3 4 5 6	N/A	Cualitativa	Ordinal
TIE_TRAT	Tiempo en tratamiento	1 2 3 4 5 6	Valor en número de días	Cualitativa	Ordinal
ESTUDIO	Estudio	1= Si 2= No	0: No 1: Sí	Cualitativa	Nominal
TRABAJO	Trabajo	1= Si 2= No	0: No 1: Sí	Cualitativa	Nominal
NIV_ESCOL	Nivel de escolaridad	1= Ninguno 2= Primaria 3= Bachillerato 4= Técnico 5= Universitario 6= Posgrado	0: baja (hasta bachillerato) 1: alta (técnico y más)	Cualitativa	Ordinal
EST_CIV	Estado civil	1= Soltero 2= Casado 3= Unión libre 4= Divorciado 5= Viudo	0: solteros, divorciados, viudos) 1: pareja estable (Casados y UL)	Cualitativa	Nominal
NIV_ING	Nivel de ingresos	1= Menos de \$908.526 2= Entre \$908.526 y \$1'817.052 3= Entre \$1'817.052 y \$2'725.578 4= Entre \$2'725.578 y \$4'542.630 5= \$4'542.630 o más	0: menos de 1 SMLV 1: Más de 1 SMLV	Cualitativa	Ordinal

TIP_ING	Tipo de ingreso	1= Régimen contributivo 2= Régimen subsidiado 3= Particular	0: Particular 1: EPS	Cualitativa	Nominal
ING_PREV_TTO	Ingresos previos al tratamiento	1= Primera vez 2= Repetido 3= Más de 5 veces 4= Más de 10 veces	0: más de una vez 1: primera vez	Cualitativa	Nominal
DROG_CONS	Drogas que consume	1= Alcohol 2= Tabaco 3= Cigarrillos electrónicos 4= Marihuana 5= Cocaína 6= Bazuco 7= Heroína 8= Benzodiacepinas	N/A	Cualitativa	Nominal
DROG_TTO	Droga por la que está en tratamiento	1= Alcohol 2= Tabaco 3= Cigarrillos electrónicos 4= Marihuana 5= Cocaína 6= Bazuco 7= Heroína 8= Benzodiacepinas	N/A	Cualitativa	Nominal
Policonsumo	Policonsumo	0: No 1: Sí	N/A	Cualitativa	Nominal
Sust mayor impacto	Sust mayor impacto por la que está en tto	0: coca y bazuco 1: las otras	N/A	Cualitativa	Nominal
APOY_FLIAR	Apoyo familiar	1= Si 2= No	0: No 1: Sí	Cualitativa	Nominal
SQR_18	SRQ-18	Valor entre 1 y 22	0: No 1: Sí	Cualitativa	Ordinal
Ans_Depre	SRQ-18	preguntas 1 a 18, 9 puntos o más refleja síntomas de ansiedad o depresión clínicamente significativos	0: sí 1: No	Cualitativa	Ordinal
Sx_PSico	SRQ-18	preguntas 19 a 22, un solo punto o más refleja síntomas psicóticos clínicamente significativo	0: sí 1: No	Cualitativa	Ordinal