

# Drugs and Addictive Behavior



## Presentación Presentation

**Editorial**  
**El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera**  
The consumption of alcohol and drugs in university students: an ephemeral illusion  
*Gloria Esperanza Castañeda*

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH PAPERS

**Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales**  
Technological addictions in adolescents: the relationship with the perception of parental practices  
*Nancy Marlene Malander*

**Dependencia emocional y adicción al sexo en una comunidad LGBT y heterosexuales**  
Emotional dependency and sex addiction in a LGBT community and straight people  
*Edinson Martín Pérez Linares, Gutember Viligran Peralta Eugenio*

**Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo**  
Identity as a smoker and perceived risk in teenage tobacco smokers: A predictive model  
*Sandra Paola Castellanos Cuellar, Constanza Londoño Pérez*

## ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA THEORETICAL REVIEW

**Aproximaciones conceptuales y prácticas a las adicciones en una muestra bibliográfica**  
Conceptual approaches and practices of addictions in a bibliographical sample  
*Lucas Dávila Cañas, Maricelly Gómez Vargas*

**Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo**  
Description of the intention to consume drugs. A vision from typology, cognition, neuropsychology and development  
*Oscar Armando Erazo Santander*

## ESTUDIO DE CASO CASE STUDY

**Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente, inducido por sustancias**  
Cognitive Therapy and conductual activation, recurrent major depressive disorder induced by substances  
*Juan Felipe Valencia Acevedo*

## NOTA CIENTÍFICA SCIENTIFIC NOTE

**Cognición implícita en psicopatología: contribuciones al abordaje de los trastornos por consumo de sustancias**  
Implicit cognition in psychopathology: contributions to substance use disorder approach  
*Rodrigo Moreta-Herrera, Carlos Reyes-Valenzuela*

©Universidad Católica Luis Amigó  
Transversal 51A N°. 67B-90  
Medellín, Antioquia, Colombia  
Tel: (574) 448 76 66. Fondo Editorial  
www.ucatolicaluissamigo.edu.co-fondo.editorial@amigo.edu.co

**Drugs and Addictive Behavior**  
Vol. 4, No. 1, enero-junio de 2019

**ISSN (En línea):** 2463-1779

**Rector**

Pbro. Carlos Enrique Cardona Quiceno

**Vicerrectora de Investigaciones**

Isabel Cristina Puerta Lopera

**Decana Facultad de Psicología y Ciencias Sociales**

Luz Marina Arango Gómez

**Director Escuela de Posgrados**

Carlos Mario Ayala Jiménez

**Coordinadora Fondo Editorial**

Carolina Orrego Moscoso

**Diagramación**

Arbey David Zuluaga Yarce

**Correctora de estilo**

Leidy Andrea Ríos Restrepo

**Traductores**

Edwin Rivera, Cristian Beltrán  
Harold Andrés Tobón  
Margarita María Osorio Arango

**Director / Editor de la revista**

Sandra Milena Restrepo Escobar  
ORCID 0000-0002-1459-858X

Financiación realizada por la Universidad Católica Luis Amigó.

# Drugs<sup>and</sup> Addictive Behavior



Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin  
Derivar 4.0 Internacional.



### Comité Científico

Ph. D. Guillermo Castaño Pérez.  
Universidad CES. Colombia.  
ORCID 0000-0002-0291-3511

Ph. D. Juan Vicente Beneit Montesinos.  
Universidad Complutense de Madrid. España.  
ORCID 0000-0002-7510-4408

Ph. D. Luis Flórez Alarcón.  
Universidad Nacional de Colombia. Colombia.

Ph. D. José Antonio García del Castillo.  
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)  
Universidad Miguel Hernández. España.  
ORCID 0000-0003-3646-1477

Ph. D. Efrem Milanese.  
Cáritas Alemania. Italia.  
ORCID 0000-0003-0698-615X

Ph. D. Mario Waldo Sandoval Manríquez.  
Universidad Católica Silva Henríquez. Chile.  
ORCID 0000-0002-0271-7959

Ph. D. Francisco López Segrera.  
Universidad Politécnica de Cataluña e  
Instituto de Relaciones Internacionales. Cuba.  
ORCID 0000-0002-5805-2327

Ph. D. Arturo Byron Rojas Yanguas.  
Profesional Independiente. Bolivia.  
ORCID 0000-0003-3727-6636

### Comité Editorial

Ph. D. Efrén Martínez Ortiz.  
Fundación Colectivo Aquí y Ahora. Colombia.  
ORCID 0000-0003-4849-8189


Ph. D. Rafael Orlando Navarro Rueda.  
Universidad Mayor de San Marcos. Perú.

Mg. Daniel Lloret Irlés.  
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).  
Universidad Miguel Hernández. España.  
ORCID 0000-0002-2384-5749

Mg. Dedsy Yajaira Berbesy Fernández.  
Universidad CES. Colombia.  
ORCID 0000-0002-6586-4120

Mg. Francisco Javier Arias Zapata.  
Universidad de San Buenaventura. Colombia.  
ORCID 0000-0002-7266-5154

Mg. Gustavo Adolfo Calderón Vallejo.  
Universidad Católica Luis Amigó. Colombia.  
ORCID 0000-0003-3138-8928





### Árbitros

PDr. Andrés Felipe Tirado Otálvaro.  
Universidad Pontificia Boliviana.  
ORCID 0000-0001-9010-1494

Mg. Dubis Marcela Rincón Barreto.  
Universidad Católica Luis Amigó.  
ORCID 0000-0002-8322-889X

Mg. Lizbeth Roberta García Quevedo.  
Universidad Nacional Autónoma de México.

Mg. Juan Diego Tobón Lotero.  
Universidad EAFIT.

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez.  
Universidad Autónoma de Aguascalientes.  
ORCID 0000-0002-3250-1809

Dr. Luciano Guillermo Levin.  
Universidad Nacional de Río Negro (CONICET).  
ORCID 0000-0001-7209-805X

Esp. María Adelaida Storti Calderón.  
Alcaldía de Medellín.

Dra. María Luisa Matalinares Calvet.  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
ORCID 0000-0003-1052-6922


Mg. Mónica María Villa Gil.  
Fundación hermanos de los Desvalidos.  
ORCID 0000-0002-1170-1166

Dr. Roberto Oropeza Tena.  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.  
ORCID 0000-0002-2561-2164

Esp. Samuel Adolfo Zuleta Sánchez.  
Corporación Centro CITA.  
ORCID 0000-0001-8433-1496

Esp. Cesar Augusto Hernández Correa.  
Universidad Miguel Hernández.  
ORCID 0000-0002-2384-5749

Mg. Maribel Gómez Ossa.  
Hospital San Vicente Fundación.  
ORCID 0000-0002-9329-8015





**Institución editora**

Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó

**Dónde consultar la revista**

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/index>

**Envío de manuscritos:**

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/about>  
[drugsaddictivebeh@amigo.edu.co](mailto:drugsaddictivebeh@amigo.edu.co)

**Suscripciones:**

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/notification/subscribeMailList>

**Solicitud de canje**

Biblioteca Vicente Serer Vicens  
Universidad Católica Luis Amigó  
Medellín, Antioquia, Colombia

**Contacto editorial:**

Sandra Milena Restrepo Escobar  
Director/Editor Drugs and Addictive Behavior  
Universidad Católica Luis Amigó  
Transversal 51 A N°. 67B-90  
Medellín- Colombia  
Tel.: (574) 4602263

**Correo electrónico:**


[drugsaddictivebeh@amigo.edu.co](mailto:drugsaddictivebeh@amigo.edu.co)

**Drugs and Addictive Behavior-Acceso abierto**

Órgano de divulgación de la Escuela de Posgrados y de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad Católica Luis Amigó

Hecho en Colombia/Made in Colombia.





Financiación y publicación realizada por la Universidad Católica Luis Amigó. En ningún momento de la edición o difusión de hacen cobros a los autores para sufragar alguna de estas actividades, de tal manera que no recibe aportes económicos de personas naturales ni jurídicas.

Los principios éticos de esta revista se describen en sus políticas editoriales y, además, se adhieren a los procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics (COPE), que podrán ser consultados en [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org)

© 2019 Universidad Católica Luis Amigó

(CC-BY-NC-ND 4.0)

La revista y los textos individuales que en esta se divulgan están protegidos por las leyes de copyright y por los términos y condiciones de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivar 4.0 Internacional. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden encontrarse en <http://www.funlam.edu.co/modules/fondoeditorial/>

Derechos de autor. El autor o autores pueden tener derechos adicionales en sus artículos según lo establecido en la cesión por ellos firmada.

Los autores son moral y legalmente responsables del contenido de sus artículos, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, estos no comprometen en ningún sentido a la Universidad Católica Luis Amigó.

La Revista *Drugs and Addictive Behavior* es una publicación de carácter científico, semestral, de divulgación de artículos de alta calidad en el tema de las adicciones y que son el resultado de investigaciones o producto de una reflexión juiciosa y de relevancia teórica, profesional y disciplinar en campos como la psicología, la pedagogía, el trabajo social, la medicina y áreas afines. De este modo espera contribuir al desarrollo de procesos de intervención, prevención y promoción de estilos de vida saludable y salud integral de las personas; en los entornos local, nacional e internacional.

# Contenido

## Presentación Presentation

- 14 **Editorial**  
**El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera**  
**The consumption of alcohol and drugs in university students: an ephemeral illusion**  
*Gloria Esperanza Castañeda*

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN RESEARCH PAPERS

---

- 25 **Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales**  
**Technological addictions in adolescents: the relationship with the perception of parental practices**  
*Nancy Marlene Malander*
- 46 **Dependencia emocional y adicción al sexo en una comunidad LGBT y heterosexuales**  
**Emotional Dependency and Sex addiction in a LGBT community and straight people**  
*Edinson Martín Pérez Linares*  
*Gutember Viligran Peralta Eugenio*
- 68 **Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo**  
**Identity as a smoker and perceived risk in teenage tobacco smokers: A predictive model**  
*Sandra Paola Castellanos Cuellar*  
*Constanza Londoño Pérez*

## ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA THEORETICAL REVIEW

---

89

### Aproximaciones conceptuales y prácticas a las adicciones en una muestra bibliográfica Conceptual approaches and practices of addictions in a bibliographical sample

*Lucas Dávila Cañas*

*Maricelly Gómez Vargas*

110

### Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo

Description of the intention to consume drugs. A vision from typology, cognition, neuropsychology and development

*Oscar Armando Erazo Santander*

## ESTUDIO DE CASO CASE STUDY

---

150

### Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente, inducido por sustancias

Cognitive Therapy and conductual activation, recurrent major depressive disorder induced by substances

*Juan Felipe Valencia Acevedo*

## NOTA CIENTÍFICA SCIENTIFIC NOTE

---

173

### Cognición implícita en psicopatología: contribuciones al abordaje de los trastornos por consumo de sustancias

Implicit cognition in psychopathology: contributions to substance use disorder approach

*Rodrigo Moreta-Herrera*

*Carlos Reyes-Valenzuela*



# Presentación

**Forma de citar este artículo en APA:**

Restrepo-Escobar, S. M. (enero-junio, 2019). Presentación. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 8-10. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3165>

En cada número de la revista *Drugs and Addictive Behavior* existe una clara intención de resaltar el trabajo científico de los investigadores que están dedicando sus estudios a las adicciones desde enfoques preventivos y de tratamiento; además, se quieren resaltar las tendencias e intereses que surgen en el tema, por ello la orientación de la revista está apuntando a la publicación de trabajos relacionados con los efectos del consumo de sustancias en la salud mental y con la intervención en diferentes grupos poblacionales, entre ellos, los que presentan vulnerabilidad.

De acuerdo con esta lógica de trabajo, el volumen 4, número 1, inicia con una editorial de la docente Gloria Esperanza Castañeda titulada “El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera”, en la que se invita a reconocer a los jóvenes universitarios como una población que requiere ser priorizada por los altos índices de consumo que presentan y se señala que las universidades tienen la responsabilidad de generar acciones de prevención coherentes, fundamentadas y sistemáticas que incluyan a toda la comunidad académica, lo cual implica el fortalecimiento y diversificación de las ofertas institucionales (Castañeda, 2019).

Este número se compone de cuatro (4) artículos de investigación, dos (2) artículos de revisión teórica, productos de procesos investigativos, un (1) estudio de caso y una (1) nota científica.

El primer artículo de investigación, “Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales”, escrito por la magíster Nancy Marlene Malander, analiza si las prácticas parentales pueden predecir la adicción de los hijos a internet, al teléfono celular y a los videojuegos. Los resultados que se presentan hacen relevante que el alto control y la autonomía extrema por parte de los padres muestren puntajes más altos de riesgo (Malandar, 2019).

El artículo “Dependencia emocional y adicción al sexo en una comunidad LGBT y heterosexuales”, de la autoría de Edinson Martín Pérez Linares y Gutember Viligran Peralta Eugenio, compara los resultados de dependencia emocional y adicción al sexo en población LGBT y heterosexuales, evidenciando que existen diferencias significativas según identidad sexual y adicción al sexo. En la población heterosexual se reporta una relación directa entre dependencia emocional y fetichismo (Pérez Linares y Gutember Viligran, 2019).

A renglón seguido, Sandra Paola Castellanos Cuellar y Constanza Londoño Pérez, en “Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo” determinan si la identidad del fumador y el riesgo percibido predicen el nivel de consumo de tabaco. Los resultados indican que la combinación de factores como la baja percepción del riesgo, la negación del rol de fumador y ser hombre son considerados predictores potentes del nivel de consumo de tabaco (Castellanos Cuellar y Londoño Pérez, 2019).

A este número se integran dos escritos más de revisión teórica; el primero es de Lucas Dávila Cañas y Maricelly Gómez Vargas intitolado “Aproximaciones conceptuales y prácticas de las adicciones en una muestra bibliográfica”. Sus resultados apuntan a evidenciar la conceptualización que se ha construido en el campo de las adicciones, en donde se ha ido tomando distancia de la hegemonía del discurso médico sin desconocer el efecto orgánico que tienen tanto las adicciones químicas como comportamentales, y se hace énfasis en que las nuevas propuestas para el tratamiento son derivadas de la experiencia investigativa (Dávila Cañas y Gómez Vargas, 2019).

Y el segundo artículo de revisión, “Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo”, escrito por el magíster Oscar Armando Erazo Santander, presenta una propuesta de análisis de la intervención de las adicciones teniendo en cuenta la intencionalidad, la teoría de la conducta planificada y las funciones ejecutivas como intervinientes en la posible decisión de consumir sustancias (Erazo Santander, 2019).

El estudio de caso titulado “Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente, inducido por sustancias” fue escrito por Juan Felipe Valencia Acevedo. En este texto se describe la intervención realizada a un paciente en el transcurso de dieciséis (16) sesiones para mostrar el cambio individual en referencia a la sintomatología depresiva. A partir de ello, se invita al desarrollo de investigaciones sobre este tipo de intervenciones (Valencia Acevedo, 2019).

Por último, en la nota científica de Rodrigo Moreta Herrera y Carlos Reyes Valenzuela titulada “Cognición implícita en psicopatología: contribuciones en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias” se invita a considerar con mayor rigor los resultados de la evaluación psicopatológica para la comprensión del comportamiento de consumidores de sustancias (Moreta Herrera y Reyes Venezuela, 2019).

Con estos nuevos artículos esperamos motivar a nuestros lectores para que se actualicen en los temas vigentes de este campo de estudio y generen propuestas para investigaciones futuras.

Sandra Milena Restrepo Escobar

ORCID 0000-0002-1459-858X

**Director/Editor**

## Referencias

- Castañeda-Gómez, G. E. (2019). El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 14-18. DOI: 10.21501/24631779.3163
- Castellanos Cuellar, S. P., y Londoño Pérez, C. (2019). Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 68-87. DOI: 10.21501/24631779.3124
- Dávila Cañas, L., & Gómez Vargas, M. (enero-junio, 2019). Aproximaciones conceptuales y prácticas de las adicciones en una muestra bibliográfica. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 89-109. DOI: 10.21501/24631779.2728
- Erazo Santander, O. A. (2019). Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 110-148. DOI: 10.21501/24631779.3161
- Malander, N. M. (2019). Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 25-45. DOI: 10.21501/24631779.2761
- Moreta-Herrera, R., y Reyes-Venezuela, C. (2019). Cognición en psicopatología en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias [Nota científica] *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 173-177. DOI: 10.21501/24631779.3142
- Pérez Linares, E., y Peralta Eugenio, G. V. (2019). Dependencia emocional y adicción al sexo en una comunidad LGBT y heterosexuales. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 46-67. DOI: 10.21501/24631779.2906
- Valencia Acevedo, J. F. (2019). Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente, inducido por sustancias. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 150-171. DOI: 10.21501/24631779.3162

# Presentation

How to quote this article in APA:

Restrepo-Escobar, S. M. (January-June, 2019). Presentación. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 11-13. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3165>

In each issue of the journal *Drugs and Addictive Behavior* there is a clear intention to highlight the scientific work of researchers who are devoting their studies to addictions, from preventive and treatment approaches, in addition to wanting to highlight the trends and interests that arise in this topic. That's why the journal's orientation is aimed at the publication of related works on the effects on mental health of substance use and intervention with different population groups, including those that are vulnerable.

In this work logic volume 4, number 1, begins with an editorial by the teacher Gloria Esperanza Castañeda entitled “*El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera*” in which it is invited to recognize young university students as a population that needs to be prioritized due to the high consumption rates they present and points out that universities have the responsibility to generate coherent, informed and systematic prevention actions that include the entire academic community, which implies the strengthening and diversification of institutional offers (Castañeda, 2019).

This number is composed of four (4) research articles, two (2) theoretical review articles, products of research processes, one (1) case study and one (1) scientific note.

The first research article, “*Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales*” written by the magister Nancy Marlene Malander, analyzes whether parental practices can predict the addiction to the internet, the cell phone and the video games of their children, the results presented make it relevant that high control and extreme autonomy from parents show higher risk scores (Malandar, 2019).

“Emotional dependence and sex addiction in a LGBT community and heterosexuals”, article that continues and authorship of Edinson Martín Pérez Linares and Gutember Viligran Peralta Eugenio, compares the results of emotional dependence and sex addiction in LGBT and heterosexual populations, evidencing significant differences according to sexual identity and sex addiction and in the heterosexual population a direct relationship between emotional dependence and fetishism is reported (Pérez Linares and Gutember Viligran, 2019).

In addition to this, Sandra Paola Castellanos Cuellar and Constanza Londoño Pérez, in “*Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo*” determine if the identity of the smoker and the perceived risk predict the level of tobacco consumption, results indicate that the combination of factors such as low perception of risk, denying the role of smoker and being a man are considered powerful predictors of the level of tobacco consumption (Castellanos Cuellar, and Londoño Pérez, 2019).

The closing of the research texts is by Adrian Quiñones Arreola with “Inventory of internal and external detonators in relapses in drug users (IDIER)” in which a proposal is made to implement the instrument that allows knowing the here and now of the patient, as it is found in the different areas that influence relapse, to be used for psychodiagnosis in addictions (Quiñones, 2019).

To this number two more writings of theoretical revision are integrated; the first is by Lucas Dávila Cañas and Maricelly Gómez Vargas «Aproximaciones conceptuales y prácticas de las adicciones en una muestra bibliográfica» “the results point to evidence the conceptualization that has been built in the field of addictions where it is shown that it has been taking distance of the hegemony of the medical discourse, without ignoring the organic effect that both chemical and behavioral addictions have and is shown as an emphasis of the new proposals in the treatment are derived from the investigative experience (Dávila Cañas and Gómez Vargas, 2019).

The second review article “Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo” written by the magister Oscar Armando Erazo Santander presents a proposal for analysis of the intervention of addictions taking into account the intentionality and theory of planned behavior and executive functions as intervening in the possible decision to consume substances (Erazo Santander, 2019).

The case study written by Juan Felipe Valencia Acevedo “Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente, inducido por sustancias” describes the intervention performed on a patient in the course of sixteen (16) sessions, showing the individual change in reference to the depressive symptomatology and inviting the development of research on this type of intervention (Valencia Acevedo, 2019)

Finally, it appears the scientific note of Rodrigo Moreta Herrera and Carlos Reyes Valenzuela who in his text entitled “Cognición implícita en psicopatología: contribuciones en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias” invite to consider with greater rigor the results of the psychopathological evaluation for the understanding of the behavior of substance consumers (Moreta Herrera and Reyes Venezuela, 2019).

With these new articles we hope to motivate our readers to update on current issues in this field and to generate proposals for future research.

Sandra Milena Restrepo Escobar

ORCID 0000-0002-1459-858X

**Director/Editor**

## References

- Castañeda-Gómez, G. E. (2019). El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. DOI:<http://dx.doi.org/10.21501/24631779.3163>
- Castellanos Cuellar, S. P., y Londoño Pérez, C. (2019). Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.3124>
- Dávila Cañas, L., y Gómez Vargas, M. (2019). Aproximaciones conceptuales y prácticas de las adicciones en una muestra bibliográfica. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2728>
- Erazo Santander, O. A. (2019). Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3161>
- Malander, N. M. (2019). Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales. *Drugs and Addictive Behavior*, 4 (1), pp. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2761>
- Moreta-Herrera, R., y Reyes-Venezuela, C. (January-June,2019). Cognición en psicopatología en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias [Nota científica] *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1). Pp. DOI <https://doi.org/10.21501/24631779.3142>
- Pérez Linares, E., y Peralta Eugenio, G. V. (2019). Dependencia emocional y adicción al sexo en una comunidad LGBT y heterosexuales. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2906>
- Quiñones Arreola, A. (2019). Inventario de detonadores interno y externos en recaídas en consumidores de drogas (IDIÉR). *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/>
- Valencia Acevedo, J. F. (2019). Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente, inducido por sustancias. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3162>

## El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera

Gloria Esperanza Castañeda Gómez\*

**Forma de citar este artículo en APA:**

Castañeda-Gómez, G. E. (enero-junio, 2019). El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 14-18.  
DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3163>

Para nadie es un secreto que los estudiantes universitarios son un sector de la población que consume alcohol y drogas, consumo que en la mayoría de los casos se ha iniciado ya en el colegio y en la familia. El consumo de alcohol y drogas es un fenómeno que llega a las universidades y encuentra en ellas un nicho donde se asienta y desarrolla, dado que la universidad como institución social suele ser concebida como un espacio donde convergen la diversidad, la libertad, la controversia, el ideal, la autonomía, la oposición, las juventudes y las transiciones; esta concepción favorece y propicia el consumo.

La ilusión efímera de la felicidad, la gratificación total, la desconexión, deshacernos de todo asomo de angustia o tensión son expresiones de los consumidores de alcohol y drogas respecto a lo que encuentran, al menos en un primer momento, con la ingesta de estas. Es sabido que la sensación inicial de placer experimentado con las drogas y el alcohol es lo que se desea repetir, se busca de nuevo; y es precisamente en este anhelo donde se anuda el consumo con el imperativo de la época: gozar.

Las formas actuales del consumo de alcohol y drogas no son atemporales, corresponden al modelo societal, a las lógicas del neoliberalismo, a una sociedad narcisista que, por todas las vías, nos propone el imperativo del goce pleno en el consumo, nos invitan a querer todo y de inmediato. El mercado capta la necesidad de la satisfacción pulsional por múltiples vías, por lo oral, por lo visual, por la música, nos venden la réplica de los objetos que nos satisfacen y nos prometen el cielo con ello; allí, en esta promesa efímera y tramposa, imposible de permanecer, se instalan las drogas como una vía para borrar toda falta y alcanzar la añorada completud. Pero lo cierto es que el consumo de alcohol y drogas “produce en la mayoría de los casos una sensación de

\* Especialista en Docencia de las Ciencias Sociales. Psicóloga Bienestar Universitario Universidad Católica Luis Amigó Medellín, Colombia. Correo electrónico: [tomaelcontroldetuvida@amigo.edu.co](mailto:tomaelcontroldetuvida@amigo.edu.co)

*bienestar transitorio*, ya que una vez pasado este episodio el sujeto experimenta un sentimiento de hundimiento, de pérdida de voluntad y de tristeza que provoca la compulsión a la repetición” (González, 2008, p. 7); se repite, para volver a la experiencia de satisfacción.

Para continuar retomo la afirmación de que la universidad, como institución social, con sus características e ideales hace nicho para la instalación del consumo en su seno. Es necesario admitir que la universidad no está exenta de ser permeada por las exigencias del modelo neoliberal. Tal como lo plantea Boaventura de Sousa Santos (2007), las universidades en el siglo XXI se han transformado en su naturaleza, han desplazado el ethos público —*en función del conocimiento y de la incidencia en la comprensión y transformación de los fenómenos que acontecen en las sociedades*— hacia otro más corporativo y privatizador, influenciado por las demandas de la mercantilización de sus actividades académicas de cara a la expansión de la industria educativa, a la introducción de una racionalidad empresarial.

Esta lógica racional, universidad-empresa, fortalece la oferta de la promesa de la felicidad, de lo fácil, lo inmediato, lo práctico, lo funcional, lo rentable; es frecuente encontrar en la publicidad de las universidades el ofrecimiento de un futuro lleno de éxitos, de conquistas, de dinero, de posibilidades de acceso a bienes y servicios. Esto porque en “nuestra sociedad el énfasis ideológico y propagandístico ha pasado de la productividad al consumo, ya no se promueve la austeridad, sino el consumo hedonista” (González, 2008, p. 8).

La falacia de esta promesa obvia el enfrentamiento con el desencuentro, con la frustración propia de las contingencias de la vida, creando así las condiciones para alojar el consumo en un sujeto joven que está atravesado por las exigencias de la época que pretende borrar con todo tipo de artificios las limitaciones propias de la condición humana.

¿Cómo han respondido las instituciones universitarias a la realidad del consumo en los actores que la conforman?

En los acercamientos actuales al fenómeno del consumo de alcohol y drogas en el ámbito universitario, se reconoce y asume que la institución está llamada a involucrarse activamente en atender el fenómeno como uno de sus campos de acción en tanto ente formador, que su propósito no es solo la profesionalización y la expansión comercial del conocimiento, sino que también es su competencia ocuparse de las problemáticas humanas propias de la comunidad universitaria que habita su campus.

En aras de atender al fenómeno, las universidades han respondido desde acciones psicopedagógicas técnicamente planificadas orientadas a informar y desestimular el consumo de las drogas ilegales y el exceso de las legales, así como a promover la conciencia sobre los riesgos y los daños.



Algunas universidades en sus acciones de prevención privilegian al sujeto en función de promover habilidades, actitudes, conocimientos y prácticas de autocuidado y regulación; no obstante, la singularidad del mundo juvenil de esta generación, las dinámicas de los nuevos consumos y los hechos asociados no son suficientemente reconocidos, comprendidos y, en consecuencia, son poco abordados en las intervenciones.

La universidad está llamada a profundizar en la comprensión de las lógicas y mutaciones psíquicas, éticas, estéticas, culturales y relacionales de las juventudes que habitan los escenarios universitarios desde la singularidad de cada comunidad educativa y hacerse cargo de las transformaciones materiales, técnicas y humanas que sean necesarias para generar respuestas institucionales éticas, coherentes y conscientes.

En la lógica anterior, es urgente la construcción y sostenimiento permanente de un observatorio de la vida universitaria, como el centro del conocimiento que permita mejorar la comprensión de las diferentes manifestaciones de las dinámicas y problemáticas que se presentan en ella, entre ellas el consumo, aunque no solamente este. Y desde tal conocimiento contribuir a la formulación de políticas, planes y programas tendientes a abordar integralmente las condiciones, las problemáticas y las dinámicas de la vida universitaria.

El conocimiento generado en un observatorio de la vida universitaria constituiría el eje articulador de las acciones de intervención transversales a los procesos de formación de los estudiantes, no solo en función del consumo, sino de los acontecimientos relacionados con la salud física y mental de la comunidad universitaria: sus hábitos, sus estéticas, sus necesidades, sus pasiones, sus intereses, sus prácticas, sus miedos, sus interacciones, entre otros, en función de develar y comprender lo humano, lo social y lo cultural de los actores que convergen en el escenario universitario.

Concretar en las universidades acciones de prevención coherentes, fundamentadas y sistemáticas requiere de la inversión generosa y decidida de recursos en aras de la generación de condiciones logísticas, técnicas, locativas y profesionales que representen para los actores de la comunidad universitaria oportunidades y motivaciones que contrarresten la fuerza de la oferta de consumo, para hallar en estas un sentido y un estatus similar al que ilusoriamente ofrecen las drogas. Es decir, fortalecer y diversificar las ofertas institucionales, retomando las identidades y las lógicas del mundo de la vida actual con sus contradicciones y potencialidades en función de la construcción de otros sentidos de la vivencia universitaria alternos a la competencia académica y a las lógicas del consumo. En definitiva, la universidad está llamada a contener, alojar la humanidad de los estudiantes, a la manera de un albergue.

¿Cómo leer entonces el consumo y a los estudiantes consumidores para efectos de las intervenciones?

En primer lugar, es fundamental reconocer el estado de conmoción, entendida como una alteración, como una agitación violenta del ánimo en el que habitan los estudiantes jóvenes que recién llegan a la vida universitaria, como consecuencia del enfrentamiento con las exigencias familiares, sociales y académicas que coexisten con la emoción por la conquista del estatus universitario.

Esta convergencia del terror por la exigencia y la fantasía de no dar la talla y la exaltación por el gozo de la autonomía, —ser libres, hacer lo que les dé la gana, decidir—, representa un caldo de cultivo para involucrarse en situaciones de consumo, dado que en esta situación el consumo cumple con la doble función de confirmar la sensación ilusoria de poder y grandeza y de mitigar la angustia, el malestar por la incertidumbre.

Es sabido que muchos de los estudiantes que ingresan a la universidad son adolescentes entre los 16 y 19 años, momento vital marcado por significativos procesos psíquicos y emocionales derivados del tránsito hacia la vida adulta; esto significa que ante nosotros en los corredores y aulas de las universidades transitan seres en duelo por las múltiples rupturas que acontecen en sus vidas, ellos están vivenciando la turbulencia de la metamorfosis, entendida como un proceso en el que confrontan sus antiguas verdades y seguridades acerca de la familia, de la amistad, del amor, del conocimiento, de la imagen, de la organización social, de la noción de lo que es correcto, entre otras, que asisten al inicio de la caída de los ideales construidos en la familia y en la escuela.

Ante el vacío de la caída, de las rupturas, ante la ambivalencia y la fragilidad, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) obtura la angustia, da la ilusión de felicidad y, en algunos casos, hace de puente, de compañía, de sostén para ese tránsito, a la manera de Caronte, el barquero que ayuda a pasar las almas al otro lado del puerto.

En consonancia con la imagen del consumo como sostén para el tránsito a la vida adulta, conviene subrayar que para definir acciones de prevención coherentes es preciso diferenciar los sentidos y las funciones del consumo en los estudiantes universitarios, esto es, esclarecer que el consumo de SPA, lo que se consume, el momento de la carrera en que se consume y con quiénes se consume, obedece a una lógica subjetiva, singular y diferente en cada sujeto.

En la lectura del consumo de SPA en los estudiantes universitarios, considero que en las estrategias de prevención, además de promover actitudes y habilidades para el control e información sobre efectos, riesgos y daños, nos corresponde cuestionar las representaciones que han construido los estudiantes del paradigma social, cultural y político al que pertenecen, interrogar el mundo fantástico, facilista, completo, sin elecciones ni costos, para dar cabida a la frustración, las diferencias y las contingencias como parte de la vida.

Para acompañar a los estudiantes a reconocer, aceptar y asumir su humanidad y a saber hacer ética y responsablemente con ella, es urgente, a mi modo de ver, que se desmitifiquen el terror a la “incompletud”, a la soledad, a la pérdida y al malestar.

De seguir previniendo planificada y técnicamente sin reconocer la complejidad de los sujetos, tanto los que intervenimos como los intervenidos, seguiremos asistiendo irremediamente a la repetición mortífera de quienes buscan en las drogas y el alcohol la ilusión de un placer que elimina el malestar, y ese camino, paradójicamente, corren el riesgo de perpetuarlo.

## Referencias

De Sousa Santos, B. (2007). *La Universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipatoria de la universidad*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila editores.

González, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*, 1(4). Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/psicoanalisisytoxicomania.pdf>

## The consumption of alcohol and drugs in university students: an ephemeral illusion

Gloria Esperanza Castañeda Gómez\*

**Forma de citar este artículo en APA:**

Castañeda-Gómez, G. E. (enero-junio, 2019). El consumo de alcohol y drogas en universitarios: una ilusión efímera. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 14-18.

DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3163>

It is very well known that university students is one the global population groups that consumes alcohol and drugs; consumption that in most cases has already begun at school or inside the family. Alcohol and drugs consumption has become a phenomenon that reaches universities finding a niche to settle and develop due to the convergence of diversity, freedom, controversy, dreams, autonomy, opposition, and changes within the social place the university represents.

The ephemeral illusion of happiness, the total gratification, the disconnection, the fact of discarding feelings of anguish or tension are some of the expressions alcohol and drugs consumers refer to at the very first time of ingesting them. It is known that the initial sensation of pleasure experienced with drugs and alcohol is what is desirable to be repeated; it is experimented again and it is in that desire whose consumption is linked with the slogan of the time: enjoy.

The existing ways of alcohol and drugs consumption are not timeless; they correspond to the societal model, to the logics of neoliberalism, to a narcissistic society that through diverse ways is coming up with the imperative of full enjoyment through their consumption, inviting us to get everything immediately. The market catches the need of drive satisfaction throughout oral and visual ways; the replica of pleasing objects is sold and it even promises heaven and earth. Within such an ephemeral and tricky promise, impossible to keep, drugs are settled as a way to fulfill material lacks and head towards the longing completeness.

---

\* Especialista en Docencia de las Ciencias Sociales. Psicóloga Bienestar Universitario Universidad Católica Luis Amigó. Correo electrónico: [tomaelcontroldetuvida@amigo.edu.co](mailto:tomaelcontroldetuvida@amigo.edu.co)

What is true is that the consumption of alcohol and drugs produces in the most of the cases a sensation of *transient welfare*, because once the episode vanishes the person experiences a sense of sinking, loss of will and sadness that provokes the compulsion to be repeated (González, 2008) “produce en la mayoría de los casos una sensación de bienestar transitorio, ya que una vez pasado este episodio el sujeto experimenta un sentimiento de hundimiento, de pérdida de voluntad y de tristeza que provoca la compulsión a la repetición” (González, 2008, p. 7).

As previously stated, the university, as a social institution, makes a niche for the installation of consumption in its midst. It is necessary to admit that the university is not exempted from being permeated by the demands of the neoliberal model. As stated by Boaventura de Sousa Santos (2007), 21<sup>st</sup> century universities have been transformed in their nature; they have displaced the public ethos -in terms of knowledge and incidence in the understanding and transformation of the phenomena that take place in societies—towards a more corporate and privatizing one influenced by the demands of the commercialization of their academic activities facing the expansion of the educational industry, the introduction of a business rationality.

Such rational logic: university-business, strengthens the offer of the promise of happiness, the easy, the immediate, the practical, the functional, the profitable. It is frequently find universities advertising a future of success, conquests, money, possibilities to access to goods and services. This is because in our society the ideological and propagandistic emphasis has shifted from productivity to consumption; austerity is no longer promoted, but hedonistic consumption “nuestra sociedad el énfasis ideológico y propagandístico ha pasado de la productividad al consumo, ya no se promueve la austeridad, sino el consumo hedonista” (González, 2008, p. 8).

The fallacy this promise entails obviates the confrontation with both failure and frustration of life eventualities. Thus, creating conditions to accommodate consumption in a young person who is living through the demands of the era that seeks to erase all limitations proper of the human condition through all types of artifices.

How have university institutions responded to its different actors' consumption reality?

Current approaches to alcoholism and drug additions phenomena at universities have made it clear that the institution itself is the one a) which needs to be much more actively involved in facing the phenomenon as one of its educational nature fields of action; b) whose purpose is not only the professionalization and the commercial expansion of knowledge, but to deal with the human issues of the community that inhabits the campus.

In order to address the phenomenon, universities have responded from psycho-pedagogical actions technically planned and oriented to inform and to discouraged the consumption of illegal drugs and to avoid the excess of those legal ones, as well as to promote awareness over their risks and damages.

Some universities in their actions of prevention privilege to the subject in order to promote his/her skills, attitudes, knowledge and self-care and regulation practices; nevertheless, the singularity of the current youthful world, the newest consumption dynamics and the associated facts are not sufficiently known, understood; consequently, they are not addressed while the interventions.

The university is called upon deepening the comprehension of its youths' psychic, ethical, aesthetic, cultural, and relational logic and mutations from the singularity of each educational community; likewise, being in charge of the physical, technical and human transformations necessary to generate ethical, coherent and conscious institutional responses.

From that perspective, it is high time to initiate and keep an in-campus life observatory as a core of knowledge to improve the comprehension of the different emerging issues and dynamics; the consumption, as one of them. From that knowledge and understanding, contribution regarding policies formulation, plans and programs intended to comprehensively address such problems might arise.

Knowledge got from the observatory would constitute the axis in the process of students' formation through transversal intervention action; not only addressing the consumption, but the events related to the physical and mental health of the community at the university: habits, aesthetics, needs, passions, interests, practices, fears, interactions, among others, to unveil and understand the human, social and cultural aspects of the actors that converge at it.

To specify at the university coherent, well-founded and systematic prevention requires of a generous and decided resources invest to generate logistic, technical, locatives and professional conditions that represent opportunities and motivations that counteract the consumption offer, to find in those a similar illusory sense to that one offered by the drugs. That is, to strengthen and diversify those offerings, taking up the identities and the logics of the current life with its contradictions and potentialities based on the construction of other senses of the university experience, alternating with the academic competence and the logic the consumption could have. In short, the university is called to contain, to house the humanity of the students, like a shelter.

How can we read then the consumption and the consumers for the purposes of interventions?

First at all, it is essential to know the state of shock, which is understood as an alteration, as a violent agitation of the spirit that young students are living when entering to the university, as a result of the confrontation with their families, social and academic demands that coexist in the aim for the conquest of the status at the university.

This convergence of terror by the demand and the fantasy of not being conformed to the standards and the exaltation for the joy of autonomy, -being free, doing what they want, deciding-, represents a breeding ground for getting involved in situations of consumption, since in that situation, the consumption fulfills the double function of confirming the illusory feeling of power and greatness and of mitigating the anguish, the discomfort due to the uncertainty.

It is known that many of the students who start at the university are 16-19 year-old-adolescents, it is a vital moment framed by meaningful mental and emotional processes derived from the transition to adulthood; this means that bereaved beings pass through the multiple ruptures that take place in their lives in front of us in the corridors and classrooms of the universities, they are experiencing the turbulence of the metamorphosis, understood as a process in which they confront their old truths and assurances about family, friendship, love, knowledge, own image, social organization, the notion of what is right, among others, they are suffering the beginning of the fall of their ideals built in the family and at school.

Faced with the emptiness of that fall, of those ruptures, facing the ambivalence and the fragility, the consumption of psychoactive substances (SPA) plugs the anguish up, giving the illusion of happiness and, in some cases, it acts as a bridge, as a company, as a support for that passage, in the manner of Caronte, the ferryman who helps the souls to pass to the other side of the harbor.

Consistent with the imaginary of consumption as a support for the transition to adult life, it should be emphasized that in order to define coherent prevention actions it is necessary to differentiate the senses and the functions of consumption in university students, that is, to clarify that the consumption of SPA, what is consumed, the moment in which it is consumed and with whom it is consumed, it obeys a subjective, singular and different logic in each person.

As it is perceived the consumption of SPA by university students, I believe that the strategies of prevention, in addition to promote attitudes and skills for the control and for the information on the effects, the risks and the damages, we must question the representations that students have built over the social, cultural and political paradigm to which they belong, to interrogate the fantastic, easy, and complete world, without choices or costs, to accommodate the frustration, the differences and the contingencies as part of the life.

To accompany students to recognize, to accept and to assume their humanity and to know how to do it ethically and responsibly, it is urgent, in my view, to demystify the terror of "incompleteness", loneliness, loss and to the discomfort.

If we continue to prevent in a planned and technical way, without recognizing the complexity of the subjects, both those who intervene and those intervened will continue to attend irremediably to the deadly repetition of those who seek in drugs and alcohol the illusion of a pleasure that eliminates discomfort, and in that way, paradoxically, they are in risk of perpetuating it.

## Referencias

De Sousa Santos, B. (2007). *La Universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipatoria de la universidad*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila editores.

González, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*, 1(4). Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/psicoanalisisytoxicomania.pdf>





**ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN**  
**RESEARCH ARTICLES**

# Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales

## Technological addictions in adolescents: relationship with the perception of parental practices

Nancy Marlene Malander\*

Recibido: 21 de abril de 2018 Aceptado: 6 de noviembre de 2018 Publicado: 2 de enero de 2019

### Forma de citar este artículo en APA:

Malander, N. M. (enero-junio, 2019). Adicciones tecnológicas en adolescentes: relación con la percepción de las prácticas parentales. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 25-45.  
DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2761>

### Resumen

Las adicciones tecnológicas forman parte de las llamadas adicciones no tóxicas y constituyen procesos de dependencia similares a los que se presentan frente a otros factores como el sexo, el juego o el trabajo. Este desorden adictivo se desarrolla por el uso excesivo e inapropiado de los teléfonos celulares, los videojuegos, las redes sociales y otros recursos similares. Entre los diversos elementos que pueden propiciar la adicción a internet, se encuentran los factores familiares. El presente estudio tuvo como objetivo analizar si las prácticas parentales pueden predecir la adicción de los hijos a internet, al teléfono celular y a los videojuegos. Para ello se llevó a cabo una investigación cuantitativa con diseño correlacional de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 248 adolescentes de nivel secundario de la provincia de Misiones. Las prácticas parentales se evaluaron mediante una versión abreviada de la adaptación argentina del *Children's Report of Parental Behavior Inventory* de Schaefer (Richaud de Minzi, 2005), y la adicción a las tecnologías mediante una adaptación argentina de los cuestionarios presentes en el programa de prevención PrevTec 3.1, de Chóliz (Fontemachi, 2014). Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para establecer el poder predictivo de las prácticas parentales sobre la adicción tecnológica de los adolescentes. Los resultados revelaron que los alumnos que perciben un alto control patológico o una autonomía extrema otorgada por los padres, presentan puntajes más altos en adicción a internet, al celular y a los videojuegos, siendo las prácticas negativas las que más correlacionan con la adicción.

### Palabras clave:

Adicción; Adolescentes; Familia; Internet; Juegos online.

\* Magíster en Educación, Instituto Superior Adventista de Misiones, Leandro N. Alem, Argentina. Correo electrónico: [marlenemalander@gmail.com](mailto:marlenemalander@gmail.com)

## Abstract

Technological addictions are part of the so-called not toxic addictions although the dependency factor processes are like those presented in sex, gambling or work addictions. This addictive disorder is developed by the excessive and inappropriate use of cell phones, video games, social networks and other similar sources. Some of the elements that can propitiate an internet addiction have to do with family related factors. The objective of the study is to analyze if parental practices can predict the addiction of their kids to internet, cell phones and video games. For this, a quantitative research was conducted with a correlational and cross-sectional design. The research involved 248 secondary school teenagers from the province of Missions. The parental practices were evaluated using an abbreviated version of the Argentine adaptation of Schaefer's Children's Report of Parental Behavior Inventory (Richaud de Minzi, 2005), and the addiction to technologies through an Argentinian adaptation of the questionnaires included in the prevention program PrevTec 3.1, of Chóliz (Fontemachi, 2014). Multiple linear regression analyzes were performed to establish the predictive power of parental practices over the technological addiction of teenagers. The results revealed that students who perceive a high pathological control or an extreme autonomy granted by parents presented higher numbers in addiction to Internet, cell phones and videogames, being the negative practices the ones that are most correlated with addiction.

## Keywords:

Addiction; Teenagers; Family; Internet; Online games.

## Introducción

Ser padres de adolescentes en la sociedad actual resulta difícil. Una de las razones es que ellos pasan mucho tiempo bajo la influencia de otros, por ejemplo, profesores, compañeros, televisión e internet. Sin embargo, la evidencia demuestra que la influencia de la familia es importante a la hora de determinar lo feliz, seguro y estable que se siente el adolescente, cómo se relaciona con los adultos y sus pares, la confianza que tiene en sí mismo y cómo reacciona ante las situaciones nuevas o desconocidas.

Darling y Steinberg (1993) conceptualizan las prácticas parentales como todas aquellas conductas específicas que realizan los padres para facilitar o promover la socialización de los niños y adolescentes. En cambio, el estilo parental se constituye a través de una combinación de actitudes hacia los hijos que crean un clima emocional en el cual los padres actúan.

Son varias las dimensiones que se combinan para definir un estilo parental determinado. Schwarz, Barton-Henry y Pruzinsky (1985) han definido en las prácticas parentales tres dimensiones: (a) aceptación, que abarca desde la implicación positiva, hasta el rechazo y la separación hostil; (b) control firme, que implica grados diferentes como el refuerzo, la disciplina laxa y la autonomía extrema, y (c) control psicológico, que incluye grados como el control hostil, la intrusión, la retirada de relación y la posesividad.

## Tipologías de Baumrind

Uno de los modelos de parentalidad más aceptados es el de Diana Baumrind (1968), que tuvo en cuenta la interrelación entre tres variables paternas básicas: control, comunicación e implicación afectiva, los cuales dan lugar a tres categorías o tipologías básicas: padres autoritarios, padres permisivos y padres autoritativos o democráticos.

Los padres autoritarios (authoritarian discipline) son exigentes, poco sensibles y no son receptivos. Presentan un alto grado de control, pero baja aceptación. Consideran la obediencia como una virtud. Favorecen las medidas de castigo o de fuerza y mantienen a los hijos en un papel subordinado, restringiendo su autonomía. No facilitan el diálogo y a menudo rechazan a sus hijos como medida disciplinaria. Tienen repercusiones negativas sobre la socialización de los hijos, como la falta de autonomía y creatividad, la baja autoestima, dando como resultado un niño y un adolescente descontento, reservado, poco comunicativo y afectuoso, con una pobre interiorización de valores morales (Baumrind, 1968).

Los padres permisivos indulgentes (permissive discipline) brindan gran autonomía a los hijos, siempre que no se ponga en riesgo la supervivencia física. Se caracterizan por un bajo nivel de control y alta sensibilidad. Son tolerantes, condescendientes, cálidos y aceptantes, pero no ejercen suficiente autoridad. En contraste, los padres que son permisivos negligentes son más bien descuidados y siguen un modelo parental de baja involucración y compromiso. Estos padres no amonestan la conducta de sus hijos ni apoyan sus intereses. A menudo están tan preocupados por sus propios problemas que se desentienden de sus responsabilidades parentales (Oros, 2004), generando una gran vulnerabilidad a la soledad, la depresión y las adicciones. En general, los padres permisivos buscan liberar a sus hijos del control y evitar las restricciones y castigos. No son exigentes en cuanto a las expectativas de responsabilidad y madurez a la hora de ejecutar las tareas. Aparentemente, esta tipología forma niños y adolescentes alegres y vitales, pero con altos niveles de conducta antisocial y con bajos niveles de éxito personal (Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991). Quienes tienen este tipo de padres se caracterizan por seguir el camino fácil. Intentan manipular los hechos y personas, buscan obtener beneficios personales evitando en lo posible todo tipo de exigencias (Bowlby, 1989).

Los padres democráticos o autoritativos (authoritative discipline) utilizan el razonamiento y la negociación para lograr roles y conductas maduras en los hijos. Los padres democráticos se caracterizan por combinar un índice de firmeza con un índice de apoyo y protección. Estos padres también establecen reglas y monitorean la conducta de sus hijos, pero no usan métodos hostiles de disciplina cuando estas reglas son violadas; mantienen una actitud cálida y sensible, fomentan en sus hijos el sentido de responsabilidad personal y social sin coartar la autonomía y la individualidad (Oros, 2004). Desde su teoría del apego, Bowlby (1989) agregó que, el resultado de un buen vínculo en los primeros años de vida, da como resultado hijos que gozan de la vida de manera cabal y activa, que albergan un saludable respeto por sí mismos, así como por el resto del mundo. Como no los aqueja ningún conflicto grave ni sienten una necesidad irracional de seguir ciegamente las convenciones para obtener seguridad, son libres de emplear casi todas sus energías.

Si bien esta clasificación ha mostrado ser sumamente útil debido a que la realidad es muy compleja, en ocasiones resulta difícil encasillar a las familias dentro de una tipología particular, y se vuelve más relevante el análisis de las dimensiones implicadas en las prácticas parentales y el estudio de cómo estas son utilizadas (Torío López, Peña Calvo y Rodríguez Menéndez, 2008). Además, un dato muy importante a tener en cuenta es el que menciona Richaud de Minzi (2002; 2005), quien considera que lo que realmente influye sobre el comportamiento de los adolescentes no es la práctica parental en sí, sino la percepción que los hijos tienen de la misma. La autora identifica tres dimensiones dentro de las prácticas parentales: (a) aceptación, que implica compromiso, afecto, calidez, sensibilidad, proximidad y protección en momentos de crisis; (b) control patológico, que implica dominancia en lugar de autoridad, hostilidad en lugar de cuidado, y actitudes patológicas para controlar las conductas de los hijos; (c) autonomía extrema, que se relaciona con la disciplina laxa, y guarda relación con experiencias familiares de rechazo y desvinculación afectiva.

## Adicciones tecnológicas

Las adicciones tecnológicas forman parte de las llamadas adicciones no tóxicas y constituyen procesos de dependencia que se desarrollan por el uso excesivo e inapropiado de los teléfonos celulares, internet y lo que internet ofrece, como videojuegos, redes sociales, etc. (Fontemachi, 2014). Otros autores han denominado a este fenómeno “ciberadicción”, “netadicción”, “desorden de adicción a internet”, “uso compulsivo de internet” o “adicción a internet” (Bricolo y Serpelloni 2002; Luengo López, 2004; Young, 1998).

Esta problemática de estudio es relativamente reciente y surge como consecuencia de la preocupación de algunos psicólogos ante los síntomas psíquicos que presentan algunas personas que pasan un tiempo considerable conectadas a la red, y por otra parte ante la falta de un diagnóstico prescripto por el DSM IV (Hilt, 2013). Sin embargo, el DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) ha incluido el gambling disorder en el capítulo “Substance- related and addictive disorders” debido a que las conductas de juego activan sistemas de recompensa similares a los que activan las drogas y producen algunos síntomas conductuales que se podrían comparar a los producidos por ciertas sustancias que producen adicción, además de incluir en la sección III el trastorno por juego en internet (internet gaming disorder), que consiste en juegos sin apuestas y no incluye las actividades sociales, recreacionales, profesionales, ni las páginas sexuales. Cuando el juego en internet incluye apuestas de dinero, el DSM-5 lo clasifica como un trastorno debido al juego (gambling). En definitiva, el DSM-5 contempla la adicción a una aplicación de internet, que son los videojuegos en línea, pero no la adicción a internet específicamente (Sánchez-Carbonell, 2014).

El concepto de adicción a internet ha sido introducido por Goldberg (1995) y popularizado por Young (1998). Según Beard (2002), las personas adictas a internet son incapaces de controlar su uso y ponen en peligro el empleo y las relaciones interpersonales.

En una primera instancia, la persona desarrolla un estado de “involucramiento a internet”, es decir, un estado de uso de los servicios que brinda, por lo que la adicción podría definirse como la imposibilidad de controlar el involucramiento teniendo características sintomatológicas y disfuncionales (Lam-Figueroa, Etail., 2011). Se considera que una persona tiene adicción a internet cuando es incapaz de controlar el tiempo que está conectado, relegando responsabilidades sociales, familiares, profesionales y académicas. Reducen las horas de sueño y presentan irritabilidad, cansancio, debilidad del sistema inmunológico y tendencias de aislamiento social (Basile, 2006).

Según la investigación *Kids online Argentina* (Paolini & Ravalli, 2016), el 51 % de los adolescentes entrevistados manifestó conectarse a internet todo el tiempo, el 20% más de una vez por día y el 16% más de una vez por hora. Los adolescentes hicieron alusión a que la expresión “estar conectados” significa permanencia,

mientras que “ponerse a hacer algo en internet” implica un lugar y momento específico. Sin embargo, resulta alarmante que el 78% de los adolescentes atravesó experiencias negativas en el uso de internet como mensajes desagradables o hirientes, exposición a la pornografía, violencia y bullying. Según un artículo publicado en el diario La Nación (Uranga, 25 de agosto de 2016), la encuesta nacional 2016 de *Consumos y Prácticas Culturales de Adolescentes* mostró que el 70% de los adolescentes argentinos está “todo el día” conectado a internet, y de dicho porcentaje, el 40% se mantiene conectado hasta irse a dormir, mientras que el resto afirma estar conectado las 24 horas. Los porcentajes varían de acuerdo a las investigaciones, sin embargo, coinciden en que es alarmante la cifra de adolescentes que están prácticamente todo el día conectados.

Los resultados de la investigación de *Kids online Argentina* (Paolini y Ravalli 2016) muestran que el 89% de los adolescentes utiliza el celular para conectarse a internet, lo cual podría traer aparejado otros riesgos como el acoso a través del móvil, el celular como puerta para el acceso a otras adicciones, como juego patológico, compras compulsivas, adicción al sexo, etc. y acceso a contenidos indeseables (Muñoz-Rivas, Gámez Guadix y Fernández, 2009).

En cuanto a los videojuegos, Chóliz y Marco (2011) consideran que el juego en exceso, especialmente online, puede volverse problemático y adictivo, ya que es una actividad expansiva y sin fin con innumerables posibilidades de acción, que genera el menoscabo de otras actividades importantes, e incluso afecta las relaciones interpersonales, especialmente con los padres.

## Adicción a internet y familia

Muchos adolescentes en la actualidad están librados a sus propias decisiones, lo que les genera un desequilibrio entre la falta de límites y la sensación de seguridad. La falta de una figura de autoridad les genera una sensación de abandono (Fontemachi, 2014). La dinámica familiar ha cambiado en los últimos años, la generación de espacios para compartir, dialogar e interactuar era mucho más factible cuando no existía internet. En los últimos años las familias tienen cada vez menos hijos, y a la vez, tanto el padre como la madre se encuentran ausentes la mayor parte del día. Por ello muchos adolescentes se encuentran sumidos en la soledad, sin un “par” o un progenitor para compartir sentimientos, valores, ilusiones; y esto los lleva a acudir al teléfono móvil para salir de su soledad doméstica y familiar y conectarse a una “hermandad virtual” (Lorente, 2002).

Distintas investigaciones ponen de manifiesto que un ambiente familiar positivo, con comunicación abierta, y la presencia de afecto y apoyo entre padres e hijos garantizan el bienestar psicosocial en la adolescencia, mientras que un ambiente familiar sin afecto, sin comunicación y sin tolerancia aumenta las probabilidades de que surjan problemas de disciplina, evasión y adicciones (Fontemachi, 2014). En la etapa de la adolescencia se

incorporan nuevas relaciones, como la de los amigos y otras personas adultas significativas, pero es la familia la que sigue ofreciendo experiencias concretas de desarrollo que influyen en las interacciones de los adolescentes en otros contextos. Los mecanismos de socialización y control de comportamientos se establecen a través de las prácticas parentales. En la investigación realizada por Fontemachi (2014), los padres de jóvenes con adicciones a las tecnologías presentaban una escasa supervisión de las actividades de los hijos, con límites y normas débiles, pudiendo encasillarse dentro de las tipologías negligentes e indulgentes, o permisivas. La vigilancia de los padres y la promoción de actividades al aire libre podrían disminuir la adicción a internet, actuando como inhibidores (Lin, Lin & Wu, 2009). Sin embargo, no todo tipo de control parece ser adecuado o suficiente, ya que Wang, Gan y Li (2006) mencionan que los estilos paternos autoritarios, caracterizados por un elevado control, se asocian también con la adicción a los videojuegos. Se vuelve entonces necesario seguir explorando la relación entre los estilos y/o prácticas parentales y la vulnerabilidad a desarrollar una adicción tecnológica en los hijos, con el fin de descifrar cuáles mecanismos pueden promover su aparición y cuáles pueden mermarla.

En Argentina son escasas las investigaciones que han abordado dicha temática, sin embargo, se ha incentivado el uso de las nuevas tecnologías a partir de programas como *Conectar a Igualdad*, entre otros, distribuyendo netbooks a los alumnos y docentes de las escuelas y colegios, con el objetivo de lograr mayor inclusión. Esto es algo positivo, pero debido a la falta de formación de docentes y padres para orientarlos y establecer límites adecuados para su uso, desde el 2010 muchos adolescentes tienen acceso indiscriminado a internet y a los videojuegos, lo que podría terminar en un mal uso y abuso de las nuevas tecnologías e internet (Fontemachi, 2014). Los jóvenes y adolescentes constituyen el grupo más vulnerable a la influencia de internet dadas las características propias del ciclo de vida por el cual atraviesan y la influencia de sus pares; hacen uso cada vez más continuo de las redes sociales debido a la velocidad de comunicación que ofrecen y el bajo costo. La adicción a internet tiene importancia para la salud pública por sus consecuencias en la salud mental, las relaciones sociales, el rendimiento académico y su relación con el abuso de sustancias. Varios factores son predictivos de la adicción al internet, entre ellos los factores familiares (Weinstein & Lejoyeux, 2010). Las prácticas parentales pueden considerarse apropiadas o no, en tanto promuevan u obstaculicen el desarrollo de competencias óptimas en los hijos. Por ello la presente investigación se ha centrado en determinar si la percepción de las prácticas parentales puede predecir la adicción a internet, al teléfono celular y a los videojuegos.

Con el conocimiento y la difusión de los riesgos y las consecuencias que trae aparejada la adicción a internet, será posible despertar la reacción social y de cada uno de los involucrados en esta problemática, especialmente de los padres quienes están en una posición privilegiada para detectar los primeros síntomas, promover el autodomínio y el buen uso de las nuevas tecnologías desde edades tempranas del desarrollo.



# Metodología

## Participantes

Se llevó a cabo un estudio correlacional en el que participaron 248 estudiantes (115 varones y 133 mujeres) que cursaban de primero a quinto año del nivel secundario, pertenecientes a un instituto de gestión privada de la provincia de Misiones. Las edades de los alumnos oscilaron entre los 12 y 20 años, siendo la moda los 16 años, con 69 sujetos (27.8%), la media general fue de 15.37 años (DE = 1.45).

## Instrumentos

Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios pues se considera que es la técnica más adecuada al tratarse de una investigación cuantitativa. Puesto que los instrumentos fueron previamente adaptados al vocabulario del adolescente argentino de nivel secundario, y ya validados en nuestro país, no se realizó una prueba piloto del mismo (Fontemachi, 2014).

Para evaluar la percepción de las prácticas parentales por parte de los alumnos, se utilizó una versión abreviada de la adaptación argentina del *Children's Report of Parental Behavior Inventory* (CRPBI) de Schaefer (Richaud de Minzi, 2005), que evalúa las siguientes dimensiones parentales desde la percepción de los hijos: a) aceptación, b) control patológico y c) autonomía extrema. Dicho cuestionario consta de 32 ítems en versiones separadas para la percepción de las prácticas maternas y la percepción de las prácticas paternas. Las opciones de respuesta a cada una de las afirmaciones son: sí, más o menos, no. El coeficiente alpha de Cronbach, para cada uno de los tres factores, arrojó índices de fiabilidad de .81 en aceptación, .83 en control patológico y .75 en autonomía extrema, con respecto a la madre; y de .82 en aceptación, .84 en control patológico y .73 en autonomía extrema, con respecto al padre (Richaud de Minzi, 2005).

Para recoger datos acerca de la adicción tecnológica se utilizaron los cuestionarios TDM, TDI y TDV del programa de prevención de adicciones tecnológicas PrevTec 3.1 (Chóliz, 2010), adaptado en su lenguaje a la población argentina y validado en una investigación con adolescentes argentinos de nivel secundario (Fontemachi, 2014).

### **Test de dependencia de internet (TDI)**

Es un instrumento diagnóstico para evaluar la dependencia de internet consta de 23 ítems, los 12 primeros utilizan una escala tipo Likert que oscilan entre 0 y 4 puntos, en la que 0 equivale a *nunca me pasa* y 4 a *casi siempre*. Los 12 ítems restantes utilizan una escala tipo Likert que oscila entre 0 y 4 puntos, pero 0 equivale a *totalmente en desacuerdo* y 4 a *totalmente de acuerdo*, sobre un conjunto de afirmaciones relacionadas con internet. En la adaptación argentina del instrumento (Fontemachi, 2014), el análisis de fiabilidad arrojó un alpha de Cronbach de .95. Del análisis factorial surgieron tres dimensiones: (a) Factor I: dependencia, relacionado con el malestar que se produce cuando el adolescente no puede conectarse y con la necesidad de hacer un consumo cada vez mayor (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10); (b) Factor II: interferencia, relacionado con las dificultades en las relaciones interpersonales y familiares causadas por el uso excesivo de internet (ítems 11, 14, 18, 21, 22, 23); (c) Factor III: abuso y dificultad de control de impulso, relacionado con la dificultad de controlar el impulso de seguir conectado (ítems 9, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20).

### **Test de adicción al móvil (TDM)**

Es un instrumento diagnóstico para evaluar la dependencia al teléfono celular que consta de 22 ítems, los 10 primeros se responden con base en una escala de tipo Likert que oscila entre 0 y 4 puntos, en el que 0 es *nunca* y 4 es *casi siempre*, y en los 12 ítems restantes se indaga acerca del acuerdo o desacuerdo, en una escala de tipo Likert que oscila entre 0 y 4 puntos, donde 0 es *totalmente en desacuerdo* y 4 es *totalmente de acuerdo*, sobre un conjunto de afirmaciones relacionadas con el uso del celular. La adaptación argentina del instrumento arrojó un alpha de Cronbach de .96 y del análisis factorial surgieron dos factores: (a) Factor I: dependencia, manifestado por un consumo cada vez mayor y con más frecuencia, y por malestar al no poder utilizar el celular (ítems 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22); (b) Factor II: problemas ocasionados por el uso del móvil, relacionado con dificultades en el ámbito familiar o social (ítems 1, 2, 3, 7, 10).

### **Test de dependencia de videojuegos (TDV)**

Es un instrumento que evalúa la dependencia de los videojuegos, consta de 25 ítems, los 14 primeros utilizan una escala de tipo Likert que oscila entre 0, *nunca*, y 4, *casi siempre*, y los 11 restantes indagan acerca del acuerdo o desacuerdo a través de una escala tipo Likert que oscila entre 0, *totalmente en desacuerdo* y 4, *totalmente de acuerdo*, sobre un conjunto de afirmaciones relacionadas con los videojuegos. La adaptación argentina del instrumento ofrece un alpha de Cronbach de .93. Del análisis factorial surgieron cuatro dimensiones: (a) Factor I: abuso y dificultad de control del impulso relacionado con jugar excesivamente y ser incapaz de dejar el juego cuando se ha comenzado (ítems 1, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21); (b) Factor II: tolerancia, relacionado con la necesidad de jugar cada vez más (ítems 4, 5, 6, 8, 9, 10); (c) Factor III: escape e interferencia con otras

tareas, relacionado con utilizar los videojuegos para escapar de los problemas, sin embargo, relacionado con la aparición de problemas familiares, académicos, etc. (ítems 14, 17, 22, 23, 24, 25); (d) Factor IV: abstinencia, relacionado con el malestar ocasionado por no poder jugar (ítems 2, 3, 7).

## Procedimientos

Luego de solicitada la autorización a los directivos de la institución de nivel secundario, se solicitó a los padres que firmaran el consentimiento informado, el cual detallaba las variables a investigar. Los cuestionarios se aplicaron en el aula durante la jornada de clase y se les explicó a los adolescentes que la participación era voluntaria y anónima, además, se realizó una detallada explicación de los objetivos y procedimientos para contestar los test. En el caso del cuestionario de percepción de las relaciones con los padres, se les indicó a los que tuvieran un solo progenitor que completaran un solo cuestionario, dejando en blanco el del progenitor ausente, a menos que hubiera una persona que consideraban que ocupaba el rol del progenitor ausente.

Las respuestas recogidas mediante la adaptación del *Children's Report of Parental Behavior Inventory* y los cuestionarios de adicciones tecnológicas presentes en el programa de prevención PrevTec 3.1: test de dependencia de internet (TDI), test de dependencia de móvil (TDM) y test de dependencia de videojuegos (TDV), fueron ingresadas al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 22) para el correspondiente análisis estadístico. En primer lugar, se sumaron las respuestas dadas a cada ítem para obtener los totales brutos de cada dimensión parental, de cada tipo de adicción tecnológica y de los factores que componen la adicción a internet, al teléfono celular y a los videojuegos. Luego se aplicaron análisis de regresión lineal múltiple para conocer cuáles dimensiones parentales (paternas y maternas) predecían el desarrollo de las distintas adicciones. Además, se realizó un segundo análisis de regresión para determinar cuáles dimensiones parentales predecían cada uno de los factores de las distintas adicciones tecnológicas. Se fijó un nivel de significación del 5%.

## Resultados

A continuación, se exponen los resultados obtenidos del análisis de regresión múltiple para evaluar el poder predictivo de las percepciones de los alumnos acerca de las relaciones con sus padres (variable predictora) y las adicciones tecnológicas, internet, celular y videojuegos (variable dependiente).

## Percepción de la relación con los padres y adicción a internet

Tras efectuar el análisis de regresión múltiple, se encontraron tres variables paternas que predijeron estadísticamente la adicción de internet de los hijos, ( $R^2=.134$ ,  $F(3, 237)=12.192$ ,  $p=.000$ ): Aceptación ( $\beta= -.130$ ;  $p = .035$ ), control patológico ( $\beta= .248$ ;  $p = .000$ ) y autonomía extrema otorgada por el padre ( $\beta = .133$ ;  $p = .042$ ) (véase tabla 1). Se realizó además un segundo análisis de regresión múltiple considerando como variables dependientes a cada una de las dimensiones de la adicción a internet. Los resultados mostraron tres variables paternas que predijeron significativamente la dependencia de internet (Factor I del instrumento), ( $R^2=.152$ ,  $F(3, 237)=14.140$ ,  $p=.000$ ): Aceptación por parte del padre ( $\beta= -.148$ ;  $p = .016$ ), control patológico ( $\beta= .245$ ;  $p = .000$ ) y autonomía extrema ( $\beta = .161$ ;  $p = .013$ ). En cuanto a la interferencia (Factor II del cuestionario) se encontró una variable que predijo estadísticamente la adicción, aunque con un coeficiente de determinación bajo, ( $R^2=.065$ ,  $F(3, 237)=5.469$ ,  $p=.001$ ): a mayor autonomía extrema del padre ( $\beta= .178$ ;  $p = .009$ ) mayor es el puntaje de interferencia en las relaciones interpersonales y familiares. También se encontró una variable que predijo significativamente la tercera dimensión de la adicción, abuso de internet (Factor III del cuestionario), ( $R^2=.110$ ,  $F(3, 237)=9.794$ ,  $p=.000$ ): A mayor control patológico ( $\beta= .275$ ;  $p = .000$ ) mayor es el abuso y la dificultad de controlar el impulso de seguir conectado.

En cuanto a la percepción de la relación con la madre, se encontraron dos variables que predijeron estadísticamente la adicción a internet, ( $R^2=.108$ ,  $F(3, 237)= 9.719$ ,  $p=.000$ ): control patológico ( $\beta= .226$ ;  $p = .001$ ) y autonomía extrema otorgada por la madre ( $\beta = .173$ ;  $p = .007$ ) (véase tabla 1). Se realizó además un segundo análisis de regresión múltiple considerando como variables dependientes a cada una de las dimensiones de la adicción a internet. Los resultados mostraron una variable materna que predijo significativamente la dependencia de internet (Factor I del instrumento), ( $R^2=.083$ ,  $F(3, 242)=7.266$ ,  $p=.000$ ): a mayor control patológico ( $\beta= .217$ ;  $p = .001$ ) mayor es la dependencia y el malestar que se produce cuando el adolescente no puede estar conectado. En cuanto a la interferencia (Factor II del cuestionario) se encontró una variable que predijo estadísticamente la adicción, aunque con un coeficiente de determinación bajo, ( $R^2=.063$ ,  $F(3, 242)=5.465$ ,  $p=.001$ ): A mayor autonomía extrema de la madre ( $\beta= .203$ ;  $p = .002$ ) mayor es el puntaje de interferencia en las relaciones interpersonales y familiares. También se encontraron dos variables que predijeron significativamente la tercer dimensión de la adicción, abuso de internet (Factor III del cuestionario), ( $R^2=.114$ ,  $F(3, 242)=10.336$ ,  $p=.000$ ). Control patológico ( $\beta= .248$ ;  $p = .000$ ) y autonomía extrema ( $\beta= .157$ ;  $p = .013$ ).

**Tabla 1.** Regresión múltiple para las dimensiones de las prácticas parentales y adicción a internet

Prácticas parentales	B	$\beta$	IC 95%
<b>Paternas</b>			
Aceptación	-.991	-.130*	[-1.912; -.069]
Control Patológico	1.114	.248*	[.530; 1.698]
Autonomía Extrema	.829	.133*	[.030; 1.628]
<b>Maternas</b>			
Aceptación	.286	.035	[-.716; 1.287]
Control Patológico	.973	.226*	[.421; 1.526]
Autonomía Extrema	.941	.173*	[.265; 1.617]

Nota: \* $p \leq 0,05$ 

## Percepción de la relación con los padres y adicción al móvil o celular

Se efectuó el análisis de regresión múltiple y se encontró una variable paterna que predijo estadísticamente la adicción al celular de los adolescentes, ( $R^2=.117$ ,  $F(3, 236)=10.399$ ,  $p=.000$ ): a mayor control patológico por parte del padre ( $\beta= .318$ ;  $p = .000$ ) mayor es la adicción al teléfono celular (véase tabla 2). Al realizar el segundo análisis de regresión múltiple considerando como variables dependientes a cada una de las dimensiones de la adicción al celular, los resultados mostraron nuevamente una variable paterna que predijo significativamente la dependencia al celular (Factor I del instrumento), ( $R^2=.116$ ,  $F(3, 236)=10.344$ ,  $p=.000$ ): a mayor control patológico por parte del padre ( $\beta= .327$ ;  $p = .000$ ) mayor es la dependencia al celular y el malestar manifestado al no poder utilizarlo. En cuanto a los problemas ocasionados por el uso del celular (Factor II del cuestionario), se encontró una variable que predijo estadísticamente la adicción, aunque con un coeficiente de determinación bajo, ( $R^2=.055$ ,  $F(3, 236)=4.590$ ,  $p=.009$ ): a mayor control patológico del padre ( $\beta= .183$ ;  $p = .009$ ) mayor es el puntaje de los problemas ocasionados en el ámbito familiar y social.

En cuanto a la percepción de la relación con la madre, se encontraron dos variables que predijeron estadísticamente la adicción al celular, ( $R^2=.107$ ,  $F(3, 241)= 9.675$ ,  $p=.000$ ): control patológico ( $\beta= .172$ ;  $p = .009$ ) y autonomía extrema ( $\beta = .171$ ;  $p = .007$ ) (véase tabla 2). Se realizó además un segundo análisis de regresión múltiple considerando como variables dependientes a cada una de las dimensiones de la adicción al celular. Los resultados mostraron nuevamente dos variables maternas que predijeron significativamente la dependencia del móvil (Factor I del instrumento), ( $R^2=.106$ ,  $F(3, 241)=9.568$ ,  $p=.000$ ): control patológico ( $\beta= .199$ ;  $p = .003$ ) y autonomía extrema ( $\beta= .158$ ;  $p = .013$ ). En cuanto a los problemas que le ocasiona en el ámbito familiar o social (Factor II del cuestionario), se encontró una variable que predijo estadísticamente la adicción, aunque con un factor de determinación bajo, ( $R^2=.059$ ,  $F(3, 241)=5.041$ ,  $p=.002$ ): a mayor autonomía extrema de la madre ( $\beta= .153$ ;  $p = .019$ ) mayor es el puntaje de problemas ocasionados en el ámbito familiar o social.

Tabla 2. Regresión múltiple para las dimensiones de las prácticas parentales y adicción al Celular

Prácticas parentales	B	$\beta$	IC 95%
<b>Paternas</b>			
Aceptación	.505	.071	[-.363; 1.373]
Control Patológico	1.328	.318*	[.778; 1.877]
Autonomía Extrema	.052	.009	[-.700; .804]
<b>Maternas</b>			
Aceptación	.991	.132	[.059; 1.923]
Control Patológico	.690	.172*	[.175; 1.205]
Autonomía Extrema	.868	.171*	[.240; 1.497]

Nota: \* $p \leq 0,05$

## Percepción de la relación con los padres y adicción a los videojuegos

Tras efectuar el análisis de regresión múltiple, se encontraron tres variables paternas que predijeron estadísticamente la adicción a los videojuegos en los hijos, ( $R^2=.096$ ,  $F(3, 237)=8.365$ ,  $p=.000$ ): baja aceptación ( $\beta = -.159$ ;  $p = .012$ ), control patológico ( $\beta = .200$ ;  $p = .003$ ) y autonomía extrema ( $\beta = .148$ ;  $p = .028$ ) (véase tabla 3). Se realizó además un segundo análisis de regresión múltiple considerando como variables dependientes a cada una de las dimensiones de la adicción a los videojuegos. Los resultados mostraron tres variables paternas que predijeron significativamente el abuso y dificultad de control del impulso (Factor I del instrumento), ( $R^2=.088$ ,  $F(3, 237)=7.602$ ,  $p=.000$ ): aceptación ( $\beta = -.144$ ;  $p = .023$ ), control patológico ( $\beta = .198$ ;  $p = .004$ ) y autonomía extrema otorgada ( $\beta = .138$ ;  $p = .040$ ). En cuanto a la tolerancia, es decir la necesidad de jugar cada vez más (Factor II del cuestionario), se encontraron tres variables que predijeron estadísticamente la adicción, ( $R^2=.103$ ,  $F(3, 237)=9.088$ ,  $p=.000$ ): aceptación ( $\beta = -.153$ ;  $p = .015$ ), control patológico ( $\beta = .174$ ;  $p = .010$ ) y autonomía extrema ( $\beta = .191$ ;  $p = .004$ ). También se encontraron dos variables que predijeron significativamente la tercer dimensión de la adicción, escape e interferencia con otras tareas (Factor III del cuestionario), ( $R^2=.82$ ,  $F(3, 237)=7.091$ ,  $p=.000$ ): aceptación ( $\beta = -.179$ ;  $p = .005$ ) y control patológico ( $\beta = .202$ ;  $p = .003$ ). En cuanto al Factor IV, que mide la abstinencia y el malestar ocasionado por no poder jugar, se encontró una variable que predijo significativamente la adicción, aunque con un coeficiente de determinación bajo, ( $R^2=.066$ ,  $F(3, 237)=5.615$ ,  $p=.001$ ): a mayor control patológico ( $\beta = .170$ ;  $p = .014$ ), mayor es el malestar que manifiesta el adolescente al no poder jugar.

En cuanto a la percepción de la relación con la madre, se encontraron dos variables que predijeron estadísticamente la adicción a los videojuegos, ( $R^2=.084$ ,  $F(3, 242)= 7.395$ ,  $p=.000$ ): control patológico ( $\beta = .154$ ;  $p = .021$ ) y autonomía extrema ( $\beta = .213$ ;  $p = .001$ ) (véase tabla 3). Se realizó además un segundo análisis de regresión múltiple considerando como variables dependientes a cada una de las dimensiones de la adicción a los videojuegos. Los resultados mostraron una variable materna que predijo significativamente el abuso y la falta de control del impulso (Factor I del instrumento), ( $R^2=.088$ ,  $F(3, 242)=7.754$   $p=.000$ ): a mayor

control patológico ( $\beta = .169$ ;  $p = .011$ ) mayor es el abuso de videojuegos. En cuanto a la necesidad de jugar cada vez más (Factor II del cuestionario), se encontraron dos variables que predijeron estadísticamente la adicción, ( $R^2 = .078$ ,  $F(3, 242) = 6.835$ ,  $p = .000$ ): control patológico ( $\beta = .147$ ;  $p = .027$ ) y autonomía extrema ( $\beta = .207$ ;  $p = .001$ ). También se encontraron dos variables que predijeron significativamente el tercer factor de la adicción, escape o interferencia con otras tareas (Factor III del cuestionario), aunque con un coeficiente de determinación bajo, ( $R^2 = .068$ ,  $F(3, 242) = 5.915$ ,  $p = .001$ ): control patológico ( $\beta = .146$ ;  $p = .029$ ) y autonomía extrema ( $\beta = .182$ ;  $p = .005$ ). En cuanto al cuarto factor, abstinencia (Factor IV del cuestionario), se encontró una variable que predijo estadísticamente la adicción, aunque también con un coeficiente de determinación bajo, ( $R^2 = .057$ ,  $F(3, 242) = 4.859$ ,  $p = .003$ ): A mayor autonomía materna percibida ( $\beta = .213$ ;  $p = .001$ ), mayor es el malestar ocasionado por no poder jugar.

**Tabla 3.** Regresión múltiple para las dimensiones de las prácticas parentales y adicción a los Videojuegos

Prácticas parentales	B	$\beta$	IC 95%
<b>Paternas</b>			
Aceptación	-1.812	-.159*	[-3.222; -.402]
Control Patológico	1.341	.200*	[.447; 2.234]
Autonomía Extrema	1.376	.148*	[.153; 2.598]
<b>Maternas</b>			
Aceptación	-1.094	-.090	[-2.623; .436]
Control Patológico	.999	.154*	[.154; 1.843]
Autonomía Extrema	1.749	.213*	[.717; 2.781]

Nota: \* $p \leq 0,05$

## Discusión y conclusiones

El objetivo de la presente investigación se orientó a identificar el valor predictivo de la percepción de las prácticas parentales sobre la adicción a internet, al teléfono celular y a los videojuegos en adolescentes de nivel secundario. Las prácticas parentales negativas, el control patológico y la autonomía extrema son las que mejor predicen las adicciones tecnológicas, aunque con grados de determinación bajos, menores al 15%. Sin embargo, contribuyen a explicar uno de los factores que podría predecir esta problemática que afecta a un gran número de jóvenes y adolescentes. Estos resultados mostraron concordancia con las conclusiones de Matalinares y Díaz (2013), quienes sostienen que los estilos parentales disfuncionales (indiferencia y abuso) influyen en la adicción a internet; con las de Fandiño Leguía (2016), que concluye que hay una relación significativa, pero débil, entre las prácticas parentales y el uso problemático de internet; y con varios autores que sostienen

que las adicciones tecnológicas están relacionadas con problemáticas en las relaciones familiares (Sunny & Chin-Chung, 2002; Chih-Hung, Ju-Yu, Cheng-Chung, Sue-Huei & Cheng-Fang, 2005). Además, existen varios estudios que sostienen que las prácticas parentales constituyen un factor protector ante varias problemáticas adolescentes (Andrade Palos, Betancourt Ocampo, Vallejo Casarín, Segura Celis Ochoa, y Rojas Rivera, 2012; Andrade Palos, Sánchez-Xicotencatl, Morales Demetrio, González-González y Betancourt Ocampo, 2015; Oliva Delgado, Hidalgo García, Moreno Rodríguez, Jiménez García, Jiménez Iglesias, Antolín Suárez y Ramos Valverde, 2012).

Los resultados mostraron que a mayor control patológico paterno, mayor es la adicción a internet y a dos de sus dimensiones, dependencia y abuso; mayor es la adicción al teléfono celular y a cada una de sus dimensiones, dependencia y problemas ocasionados por su uso en el ámbito social y familiar; y mayor es la adicción a los videojuegos y a cada una de las cuatro dimensiones que la componen. La percepción de control patológico materno predijo la adicción a internet, específicamente las dimensiones de dependencia y abuso; la adicción al celular, específicamente la dimensión de dependencia o malestar que se produce al no poder utilizar el móvil; y la adicción a los videojuegos, específicamente las dimensiones que muestran el abuso y falta de control del impulso, la necesidad de jugar cada vez más y el escape o interferencia que produce el juego con otras tareas que el adolescente realiza. Tal como lo expresa Echeburúa Odriozola (2012), los entornos familiares muy rígidos que ejercen un estilo autoritario, promueven el desarrollo de hijos dependientes e irresponsables que buscan actuar en oposición al control que ejercen sus padres. En el mismo sentido, Betancourt Ocampo y Andrade Palos (2011) y Fandiño Leguía (2016), concluyeron que el control psicológico, tanto paterno como materno, influye en la adicción a internet y en la presencia de problemas emocionales y de conducta en los adolescentes. Es decir que los padres que utilizan la culpa, el control hostil, el retiro de relación, la posesividad o el rechazo dentro de sus prácticas parentales, promueven y facilitan el desarrollo de adicciones tecnológicas en sus hijos.

También se encontró que a mayor autonomía extrema paterna, mayor es la adicción a internet, específicamente en las dimensiones de dependencia e interferencia; y a los videojuegos, en las dimensiones de abuso y tolerancia o necesidad de jugar cada vez más. En cuanto a la percepción de autonomía extrema materna, los resultados muestran que predice significativamente la adicción a internet en las dimensiones de interferencia con las relaciones sociales o familiares y abuso de internet o dificultad para controlar el impulso de seguir conectado; la adicción al celular, en las dimensiones de dependencia o malestar producido cuando no puede utilizarlo y problemas ocasionados en el ámbito social y familiar; y predice la adicción a los videojuegos en las dimensiones de necesidad de jugar cada vez más, escape o interferencia con otras tareas y abstinencia o malestar ocasionado por no poder jugar. Según Echeburúa (2012), las prácticas parentales permisivas o desestructuradas con normas inexistentes no propician conductas saludables ni un autocontrol adecuado en los adolescentes. Cuyún (2013) sostiene que los padres extremadamente permisivos, que otorgan excesiva libertad



a sus hijos, propician en ellos problemas para limitar el uso del ordenador, sin embargo, el establecimiento de límites los ayudará a tener autocontrol en el uso de las redes. Los resultados concordaron también con Matalinares y Díaz (2013), que concluyeron que el estilo parental de indiferencia, sobre todo paterno, con ausencia de exigencias y falta de cumplimiento de responsabilidades explica la adicción a internet de los hijos.

En cuanto a la práctica parental positiva de aceptación paterna, se encontró que protege de la adicción a internet en la dimensión de dependencia y también predice la adicción a los videojuegos, siendo menor la adicción, cuanto mayor es la aceptación paterna, específicamente en las dimensiones de abuso, tolerancia y escape o interferencia con otras tareas. Según Echeburúa Odriozola (2012), la comunicación familiar permite establecer un clima de convivencia adecuado, captar las preocupaciones de los adolescentes y darles una solución adecuada, sin embargo, la incomunicación puede facilitar la búsqueda de relaciones en las redes sociales. Musitu y García (2004) sostienen que la comunicación abierta y las manifestaciones de afecto y apoyo entre padres e hijos garantizan el bienestar psicosocial en la adolescencia, mientras que un ambiente familiar sin comunicación, sin tolerancia y afecto aumenta la probabilidad de problemas de conducta, evasión y adicciones (Deković, Wissink & Meijer, 2004). Es decir que los padres que son percibidos por sus hijos como comprometidos con ellos, que muestran afecto, calidez, sensibilidad, están próximos y los protegen en momentos de crisis, constituyen un factor protector ante la adicción a los videojuegos.

La adicción a internet es una problemática actual causada por muchos factores, incluso puede ser una manifestación secundaria a otra adicción principal, a otros problemas psicopatológicos o de tipo impulsivo-compulsivo (Echeburúa Odriozola, 2012). Por ello se recomienda continuar investigando su relación con dichas variables, así como también las consecuencias y sintomatologías asociadas. Dado que las prácticas parentales han explicado proporciones de variancia algo bajas, podría pensarse que existen otras variables del ámbito personal y familiar que podrían aportar claridad en la comprensión global de una problemática tan actual y que produce un importante deterioro en lo personal, académico, social y familiar. En ese sentido, se sugiere en futuros estudios indagar la relación entre las adicciones tecnológicas y factores personales, familiares, sociales y comunitarios que predisponen a la adicción para descubrir aquellos que constituyan factores protectores que permitan prevenir la aparición de las conductas adictivas en los niños y adolescentes.

## Conflicto de intereses

La autora declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (Fifth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrade Palos, P., Betancourt Ocampo, D., Vallejo Casarín, A., Segura Celis Ochoa, B., y Rojas Rivera, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100005)
- Andrade Palos, P., Sánchez-Xicotencatl, C., Morales Demetrio, N., González-González, A., y Betancourt Ocampo, D. (2015). Fortalezas externas y consumo de alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 27-35. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/1339/133944231004/>
- Basile, H. (2006). Adicción a internet: Ciberadicción. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(2), 74-90. Recuperado de [https://www.alcmeon.com.ar/13/50/7\\_Basile.htm](https://www.alcmeon.com.ar/13/50/7_Basile.htm)
- Baumrind, D. (1968). Effects of authoritarian parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. DOI:10.2307/1126611
- Beard, K. (2002). Internet addiction: current status and implications for employees. *Journal of Employment Counseling*, 39(1), 2-11. DOI: 10.1002/j.2161-1920.2002.tb00503.x

- Betancourt Ocampo, D., y Andrade Palos, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/17448/28672>
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bricolo, F., y Serpelloni, G. (2002). Efectos del uso de la tecnología digital en el cerebro y en el psyche. Análisis de las evidencias y dos propuestas. *Adicciones*, 14(1), 107-116. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/516/511>
- Chih-Hung, K., Ju-Yu, Y., Chen-Chung, C., Sue-Huei, C., & Cheng-Fang, Y. (2005). Gender differences and related factors affecting online gaming addiction among Taiwanese adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(4), 273-277. Recuperado de <http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/173329/1/13.pdf>
- Chóliz, M. (2010). *Guía PrevTec 3.1. Programa de prevención de adicciones Tecnológicas*. Valencia: FEPAD.
- Chóliz, M., y Marco, C. (2011). Patrón de uso y dependencia de videojuegos en infancia y adolescencia. *Anales de Psicología*, 27(2), 418-426. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720051019>
- Cuyún, M. (2013). Adicción a redes sociales en jóvenes (Estudio realizado con jóvenes de 14-16 años del colegio Liceo San Luis de Quetzaltenango) (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Cuyun-Maria.pdf>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting styles as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?DOI:10.1.1.865.7470&rep=rep1&type=pdf>
- Deković, M., Wissink, I. B., & Meijer, A. M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behaviour: comparison of four ethnic groups. *Journal of adolescence*, 27(5), 497-514.
- Echeburúa Odriozola, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista española de Drogodependencias*, 37(4), 435-448. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4113810>
- Fandiño-Legua, J. D. (2018, 10 de julio). Prácticas parentales y uso generalizado y problemático de Internet. *Revista Psicología Científica.com*, 17(1). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/practicas-parentales-uso-generalizado-problematico-de-internet>

- Fontemachi, M. (2014). *Prevención de adicciones tecnológicas en adolescentes argentinos* (Tesis de maestría, Universidad de Valencia). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71027907.pdf>
- Goldberg, I. (1995). *Internet addiction disorder (IAD). Diagnostic criteria*. Recuperado de [www.psycom.net/iadcriteria.html](http://www.psycom.net/iadcriteria.html)
- Hilt, J. A. (2013). *Adicción a internet, enfoques de aprendizaje, hábitos y actitudes hacia la lectura y su relación con la aptitud verbal y la aptitud matemática* (Tesis de maestría, Universidad de Morelos). Recuperado de <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.11972/785/Tesis%20Mart%C3%ADnez%20Guadarrama%20Licenciatura%20en%20Educaci%C3%B3n%20Preescolar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, N. L., & Dornbush, S. M. (1991). Pattern of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1756655>
- Lam-Figueroa, N., Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Nizama-Valladolid, M., Gutiérrez, C., Hinostroza-Camposano, W., y Hinostroza-Camposano, W. D. (2011). Adicción a internet: desarrollo y validación de un instrumento en escolares adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(3), 462-469. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000300009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000300009)
- Lin, Ch., Lin, Sh., & Wu, Ch. (2009). The effects of parental monitoring and leisure boredom on adolescents internet addiction. *Adolescence*, 44(176), 993-1004. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20432612>
- Lorente, S. (2002). Juventud y teléfonos móviles: algo más que una moda. *Estudios de Juventud*, (57), 9-24. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3256517>
- Luengo López, A. (2004). Adicción a internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2(1), 22-52. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3696262>
- Matalinares, M., y Díaz, G. (2013). Influencia de los estilos parentales en la adicción al internet en alumnos de secundaria del Perú. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(2), 195-22. DOI: 10.15381/rinvp.v16i2.6554
- Muñoz-RivasR, M., Gámez-Guadix, M., y Fernández, L. (2009). Adicción y abuso del teléfono móvil. En E. Echeburúa Odriozola, F. Labrador & E. Becoña (Coords.), *Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes* (pp. 140-181). Madrid: Pirámide.

- Musitu, G., y García, J. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16(2), 288-293.
- Oliva Delgado, A., Hidalgo García, M. V., Moreno Rodríguez, C., Jiménez García, L., Jiménez Iglesias, A., Antolín Suárez, L., y Ramos Valverde, P. (2012). *Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces*. España: Editorial Agua Clara.
- Oros, L. B. (2004). *Incidencia de las prácticas parentales sobre las creencias y los modos de afrontamiento del niño* (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Paolini, P., y Ravalli, M. (2016). *Kids online. Chic@s conectados. Investigación sobre percepciones y hábitos de niños, niñas y adolescentes en Internet y redes sociales*. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Richaud de Minzi, M. C. (2002). Inventario acerca de la percepción que tienen los niños y las niñas de las relaciones con sus padres y madres: versión para 4 a 6 años. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1-2), 149-165. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28436210>
- Richaud de Minzi, M. C. (2005). Versión abreviada del Inventario de la percepción de los hijos acerca de las relaciones con sus padres para adolescentes. *Psicodiagnosticar*, 15, 99-106.
- Sánchez-Carbonell, X. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones*, 26(2), 91-95. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289131590001>
- Schwarz, J., Barton-Henry, M., & Pruzinsky, Th. (1985). Assessing child-rearing behaviors: a comparison of ratings made by mother, father, child and sibling on the CRPBI. *Child Development*, 56(2), 462-479. DOI: 10.2307/1129734
- Sunny, L., & Chin-Chung, T. (2002). Sensation seeking and Internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior*, 18(4), 411-26. DOI: 10.1016/S0747-5632(01)00056-5
- Torío López, S., Vicente Peña, J. V., & Rodríguez Menéndez, M. (2008). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 151-178. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/988>
- Uranga, M. (25 de agosto de 2016). Consumos culturales: el celular es el centro de la vida adolescente. *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/1931299-consumos-culturales-el-celular-es-el-centro-de-la-vida-adolescente>.

- Wang, P., Gan, Y., & Li, M. (2006). Research on relationship between tendency to computer game addiction and parental rearing styles in senior high school students. *Chinese Journal of Clinical psychology*, 14(5), 460-462. Recuperado de [http://caod.oriprobe.com/articles/10899572/Research\\_on\\_Relationship\\_Between\\_Tendency\\_to\\_Computer\\_Game\\_addiction\\_a.htm](http://caod.oriprobe.com/articles/10899572/Research_on_Relationship_Between_Tendency_to_Computer_Game_addiction_a.htm)
- Weinstein, A., y Lejoyeux, M. (2010). Internet addiction or excessive internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 277-283. DOI: 10.3109/00952990.2010.491880
- Young, K. (1998). Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberspsychology Behavior*, 1(3), 237-244. Recuperado de <http://www.netaddiction.com/articles/newdisorder.pdf>

# Dependencia emocional y adicción al sexo en una comunidad LGBT y heterosexuales

## Emotional dependency and sex addiction in a LGBT community and straight people

Edinson Martín Pérez Linares\*  
Gutember Viligran Peralta Eugenio\*\*

Recibido: 27 de agosto de 2018- Aceptado: 15 de enero de 2019 Publicado: 16 de enero de 2019

**Forma de citar este artículo en APA:**

Pérez Linares, E., y Peralta Eugenio, G. V. (enero-junio, 2019). Dependencia emocional y adicción al sexo en una comunidad LGBT y heterosexuales. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 46-67. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2906>

### Resumen

La investigación desarrollada, de diseño descriptivo correlacional simple, tuvo como objetivo general relacionar la dependencia emocional y la adicción al sexo en una muestra de 37 heterosexuales y 15 participantes de una comunidad LGBT de la ciudad de Trujillo; además, se interesó por evidenciar la relación entre la dependencia emocional y la adicción al sexo, por lo cual se utilizó el cuestionario de dependencia emocional y el instrumento de medición de adicción al sexo. Los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en la variable adicción al sexo según identidad sexual, obteniendo puntuaciones más altas los participantes de la comunidad LGBT. Asimismo, en la población heterosexual, la adicción al sexo y el fetichismo reportan una relación directa estadísticamente significativa con la dependencia emocional. En la comunidad LGBT se reporta una relación directa estadísticamente significativa con la dependencia emocional y la dimensión ansiedad de separación, entre fantasías sexuales y expresión límite alcanza una relación directa estadísticamente significativa.

### Palabras clave:

Adicción; Afecto; Grupo sexual minoritario; Sexo.

\* Licenciado en Psicología. Consultora Psicoestudio. Trujillo - Perú. Correo electrónico: [psicostudiogroup@gmail.com](mailto:psicostudiogroup@gmail.com) Orcid: 0000-0003-4730-3394

\*\* Licenciado en Psicología. Consultora Psicoestudio. Trujillo - Perú. Correo electrónico: [gutemberpe@gmail.com](mailto:gutemberpe@gmail.com) Orcid: 0000-0002-1177-6088.

## Abstract

The research of descriptive correlational simple design developed had as a general objective to relate the emotional dependency and the addiction to sex in a sample of 37 straight persons and 15 participants of a LGBT community from the city of Trujillo, as well as evidence the relation between the emotional dependency and the addiction to sex, which is why the emotional dependency survey was used and the measurement instrument of sex addiction. The obtained results evidence that there are statistically differences in regards to sexual identity in the "Sex addiction" variable with higher scores in participants from the LGBT community, as well as in the straight people population, the addiction to sex and fetish reports a direct relation which is statistically meaningful with the emotional dependency. In the LGBT community it is reported a direct relationship which is statistically meaningful with the emotional dependency and the dimension anxiety of separation, between sexual fantasies and limited expression reaches a direct relation which is statistically meaningful.

## Keywords:

Addiction; Affection; Sexual group minority; Sex.



## Realidad de la comunidad LGBT

Es notable que la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) en diversas sociedades tienen una mayor participación y aceptación en contraste con décadas anteriores, como lo menciona Lázaro (2014). La conformación de diversos movimientos en el ámbito internacional ha permitido la equidad de los derechos humanos, realidad social que se remonta a la década de los 60 con la creación de diversos grupos en defensa de los derechos gays. Desde entonces los activistas impulsan continuamente a la comunidad LGBT para que tengan los mismos derechos que los heterosexuales, dentro del marco sociocultural y legal de toda nación (Villa, 2016).

En tal sentido, al ser considerada la comunidad LGBT como una minoría sexual, conforma uno de los grupos poblacionales que durante varias décadas ha sufrido, y en algunos contextos aún sufre, de la opresión y la negación de los derechos como seres humanos, padeciendo de discriminación, aislamiento y actos de violencia (Ortiz, 2004). Desde un análisis sociológico, la intolerancia a la diversidad sexual aún está vigente en diversas culturas y reporta una alta tasa de crímenes por homofobia en algunos países como París, Polonia, España, Rusia, Israel, Estados Unidos, Zimbabue, Jamaica y México, entre otros. En Latinoamérica un homosexual es asesinado cada dos días; los primeros lugares los ocupan Brasil y México. Son hallazgos que indican la necesidad de un cambio sociocultural con una visión orientada a los derechos humanos indistintamente de cualquier clasificación (Mercado, 2009).

Esta situación no es distinta a la de Perú, como lo señala el informe anual del Observatorio de derechos LGBT (2016) cuyo último reporte evidencia un total de ocho asesinatos (siete gays y una lesbiana), 43 casos de agresión, 32 de estos a trans masculinos, 28 casos de discriminación, en su mayoría a gays, y ocho casos de violencia familiar. Constituye el único registro en el Perú para una comunidad de más de 3 millones de personas, realidad nacional que ha conllevado a promover diversas políticas públicas, como la aprobación de los lineamientos técnicos para la atención de personas LGTBI en el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), que aún está en proceso de implementación; en cuanto a la igualdad, existe el proyecto de ley 2647 que establece la unión civil entre personas del mismo sexo con un conjunto de 10 artículos para este fin, lineamientos legales que figuran de forma general en el artículo 2 de la Constitución Política del Perú: "A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole" (Tribunal Constitucional del Perú, 2015, p. 13). Lineamientos que, a pesar de ser explícitos, en la realidad peruana con frecuencia son la excepción para la comunidad LGBT, incluso a pesar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha manifestado que la identidad de género y la orientación sexual son categorías protegidas por la Convención Americana de Derechos Humanos. En el Perú los mecanismos de protección a la comunidad LGBT aún muestran deficiencias (Otsuka y Anaya, 2016).

De esta manera, se debe resaltar que la investigación en el campo de la psicología debe promover, prevenir e intervenir en post de la salud mental, indistintamente de alguna clasificación erróneamente atribuida al ser humano. En palabras de Barrientos y Cárdenas (2013), la sociedad debe ser:

más comprensiva y menos individualista que solo termina por considerar la homosexualidad como un «problema» de un colectivo particular o individuos concretos, sin atender al origen y función social del prejuicio, esto es, sostener, reforzar y legitimar el dominio de unos grupos sobre otros (p. 9).

En tal sentido, la psicología debe favorecer tanto al bienestar como a la calidad de vida de todas las personas sin distinción alguna (Barrientos, 2005). A partir de lo antes mencionado, se logrará el desarrollo social, legal, educativo, en salud y oportunidades laborales (Gil, Velasco, Iniesta, Beltrán, Curto y Latasa, 2017).

## Dependencia emocional a la pareja

Los autores Sirvent y Moral (2007) definieron la variable como el conjunto de dependencias en las interacciones socio afectivo asociado al trastorno de la personalidad por dependencia y al apego. Connota una codependencia su repercusión en algunos problemas psicosociales, como el consumo de sustancias psicoactivas (Millon, 2006). Asimismo, Castelló (2005), el autor que propone el fundamento teórico para la escala de dependencia emocional a la pareja, conceptualiza la variable como un conjunto de necesidades emocionales que están insatisfechas, por lo que el sujeto busca cubrirlas de manera disfuncional con otra persona.

Frente a estas conceptualizaciones, la bibliografía considera dos tipos de dependencia: la instrumental, que indica una falta de autonomía para las actividades usuales, inseguridad en la toma de decisiones, carencia de iniciativa, de tal manera que se observa una búsqueda de apoyo en agentes externos para resolver cualquier dificultad; la segunda es emocional, presente en las interacciones socio afectivas, connota excesivas demandas, interacción punitiva a nivel psicológico y físico, además de comportamientos de posesión sobre la pareja con un temor desproporcional al abandono (Castelló, 2005).

Lemos y Londoño (2006) postulan 6 factores que permiten la comprensión y evaluación de la dependencia emocional:

- Ansiedad a la separación: miedo ante la posibilidad de la ruptura sentimental o el distanciamiento de la pareja; es una preocupación desproporcional ante la probabilidad del abandono. Este indicador también puede estar presente frente a un distanciamiento temporal, lo que conlleva a pensamientos automáticos disfuncionales caracterizados por la desconfianza y temor a la soledad (Castelló, 2005).

- **Expresión afectiva:** es la necesidad de continuas demostraciones de afecto por parte de la pareja para reafirmar el vínculo afectivo y tiene como finalidad apaciguar las sensaciones de inseguridad; además, se trata de expresiones que gradualmente van en aumento, ya que el dependiente desea asegurar continuamente que es amado (Lynch, Robins & Morse, 2001). Este indicador se asemeja a la dependencia de sustancias al compartir el patrón de una necesidad insaciable a pesar de la continua exposición al estímulo placentero (Castelló, 2005).
- **Modificación de planes:** hace referencia al cambio de comportamientos previamente planificados con el propósito de satisfacer los deseos de la pareja; de esta manera, para el dependiente emocional la pareja es el eje principal de sus actividades y constituye la fuente de emociones positivas, por ende, es frecuente que se desvincule con el sistema familiar, social, laboral y educativo para dar mayor relevancia a la pareja con un vínculo de exclusividad orientado a compartir exactamente las mismas actividades, lo cual dificulta la independencia afectiva (Castelló, 2005).
- **Miedo a la soledad:** hace referencia al temor causado por no tener una relación afectiva o también por no sentirse lo suficientemente amado; en tal sentido, el dependiente necesita de la compañía de la pareja para sentir bienestar, percibe la soledad como desagradable y tiene la necesidad de estar siempre acompañado (Castelló, 2005).
- **Expresión límite:** indica manifestaciones impulsivas de autoagresión y desvalorización como medio para no sufrir el abandono de su pareja, muestra un alto grado de necesidad del vínculo afectivo (Castelló, 2006). Por su parte, Millon (2006) señala que la expresión límite es un rasgo marcado de la personalidad dependiente, la cual pierde el sentido de vida si no tiene el sostén de la pareja u otro miembro representativo que supla las necesidades de soledad e inseguridad.
- **Búsqueda de atención:** se caracteriza por una necesidad constante de ser atendido por la pareja con la finalidad de asegurar su permanencia en la relación; se busca ser el centro de atención realizando diversas actividades para lograr este fin (Castelló, 2005). Se debe tener en cuenta su diferenciación con el trastorno de personalidad histriónico, pues quien lo padece busca ser observado y elogiado por sus atributos —por lo general físicos—.

Por otra parte, algunos estudios como el realizado por De la Villa, García, Cuentos y Sirvent (2017) destacan que la dependencia emocional se relaciona directamente con la violencia en las relaciones de noviazgo, variable caracterizada por una agresión física, psicológica o sexual (Celis & Rojas, 2015). Se evidenció que, frente a una mayor victimización, existe una mayor tendencia para presentar dependencia emocional, en contraste con las unidades de análisis no victimizadas.

Asimismo, se debe considerar que la dependencia emocional, al caracterizarse por la búsqueda de atención, expresión límite, miedo a la soledad y otros indicadores (Castelló, 2005), conlleva a que la persona que presenta este patrón de forma continua realice diversas actividades con la finalidad de satisfacer a su pareja. Entre las manifestaciones más comunes de complacencia se encuentra la sexual, con la que se busca la satisfacción de la pareja a toda costa, en lugar de la personal (Echeburúa, 2000).

## Adicción al sexo

Antes de definir la conceptualización de la variable, es necesario definir algunos términos relevantes como:

- Sexualidad: comprende el conjunto de condiciones tanto anatómicas como fisiológicas que permiten caracterizar a cada sexo, también relacionada con el apetito sexual y propensión al placer sexual (Real Academia Española, 2017).
- Sexo: es la condición orgánica o biológica, hombre o mujer, relacionado con los órganos sexuales, y en su expresión puede referirse al acto sexual (Real Academia española, 2017).
- Género: es el grupo al cual pertenecen los seres humanos de cada sexo en una connotación sociocultural y no únicamente biológica (Real Academia española, 2017).
- Acto sexual: es la actividad o práctica sexual en la que participan los órganos sexuales y, por lo general, todo el organismo, obteniendo placer carnal y la reproducción de la especie (Shibley y Delamater, 2010).
- Conducta sexual: es el comportamiento orientado a la excitación y probabilidad del orgasmo, que también conlleva a la reproducción de la especie; además, puede ser de riesgo cuando produce un deterioro en la salud física o psicológica (Shibley & Delamater, 2010).
- Identidad de género: expresión de la sexualidad, en términos de masculinidad y feminidad, mediante la manifestación de comportamientos, afectos y cogniciones que permiten la identidad psicológica y social del ser humano, considerando que no coincide necesariamente con la condición biológica del sexo (Shibley & Delamater, 2010).
- Identidad sexual: es el conjunto de rasgos del individuo que lo caracterizan frente a su sociedad en el área sexual y afectiva (Shibley & Delamater, 2010). Actualmente se considera a los heterosexuales, y a la minoría sexual de lesbianas, gais, transgénero, travestis, transexuales, bisexuales, intersexuales y queer (LGTTTBIQ).
- Orientación sexual: es la atracción afectiva, sexual, física o psicológica por un ser humano (Shibley y Delamater, 2010) que puede ser heterosexual, homosexual, bisexual y asexual.

- Adicción: constituye una enfermedad física, de índole psico-emocional, que genera una necesidad por el consumo de alguna sustancia, actividad o interacción que por lo general es disfuncional (Organización Mundial de la Salud, 2013)
- A partir de lo antes mencionado, la adicción al sexo es definida como el conjunto de conductas sexuales exacerbadas, que son impulsivas y descontroladas y su objetivo es buscar la satisfacción sexual (Montaño, Pardo & Gómez, 2015). Asimismo, para la comprensión y evaluación se consideran 7 indicadores:
  - Conducta sexual violenta: es la manifestación verbal de pensamientos, y en ocasiones de conductas, que tienen una orientación agresiva y generan un tipo de daño durante el acto sexual (Schneider, 1991).
  - Encuentros sexuales riesgosos: constituyen relaciones extramaritales, relaciones sexuales con anónimos, pagar por el acto sexual, recibir dinero o drogas a cambio de sexo (Schneider, 1991).
  - Estimulación pornográfica: corresponde al consumo de pornografía visual o auditiva en el proceso de estimulación erótica-sexual (Schneider, 1991).
  - Fantasías sexuales: ideas excesivas y permanentes sobre actos sexuales, como el cambio de roles, utilizar una vestimenta con un significado, la dominación, pasividad, entre otras (Schneider, 1991).
  - Fetichismo: causar o recibir dolor como medio para aumentar el placer sexual, utilizar rituales sexuales, tener una fijación con un objeto, animal o persona (Schneider, 1991).
  - Multiplicidad de parejas: relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales, en tríos u orgías, intercambio de pareja; en general, un contacto sexual con varias personas al mismo tiempo (Schneider, 1991).
  - Sexo exhibicionista: caracteriza conductas sexuales en lugares públicos, como vehículos, espacios de esparcimiento social, de instrucción educativa y desempeño laboral (Schneider, 1991).

En el contexto actual, la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 no contempla entre estos la adicción al sexo, o también denominado trastorno hipersexual (Cía, 2013). En contraste, describe una clasificación divergente, el diagnóstico 302.72(F52.22) correspondiente al trastorno del interés/excitación sexual femenino, y el 302.71(F52.0), trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). El trastorno de hipersexualidad permanece como una propuesta que aún no es incluida y tomada en cuenta en el acápite III, correspondiente a trastornos que se deben investigar, debido a la falta de evidencia científica que justifique su tipificación como tal (Kafka, 2014).

De esta manera, Echeburúa (2000) menciona que la adicción al sexo puede ser entendida desde su comorbilidad en los trastornos del eje I, como los trastornos de ansiedad, en cuadros de depresión, dependencia de sustancias e hiperactividad; asimismo, puede asociarse a conductas parafílicas, además de una pérdida de control y consecuencias psicosociales negativas tipificadas en el eje IV, como problemas laborales, de desempeño social e insatisfacción marital.

En líneas generales, la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 no considera a la conducta hipersexual como una patología, pero sí considera a la ausencia de actividad sexual como tal, tanto para mujeres como para hombres, como se observa en el manual, lo cual evidencia que desde la perspectiva psiquiátrica se está cambiando la forma de ver la patología (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

A pesar de que Echeburúa (2000) señala que la adicción al sexo es más que una sintomatología —ya que provoca ansiedad, cefaleas, temblores, pérdida del sueño, del apetito, al generar continuamente insatisfacción como las demás adicciones, afecta directamente a la salud, desencadenando problemas psicosociales como la transmisión de infecciones sexuales, SIDA, ruptura marital, pérdida laboral o académica, deterioro en el desempeño social, aislamiento, entre otras consecuencias—, debería estar dentro de las adicciones conductuales en las clasificaciones vigentes en salud física y psicológica (Cía, 2013).

## Metodología

### Diseño

La investigación se enmarca dentro del diseño descriptivo correlacional simple, puesto que no existe un control de variables extrañas al asociarlas; es decir, el estudio apunta a describir y explicar los hallazgos alcanzados con la relación funcional de las variables estudiadas (Ato, López y Benavente, 2013).

## Participantes

La muestra estuvo conformada por 37 participantes heterosexuales (7 hombres y 30 mujeres), de los cuales 23 tienen pareja y 14 no la tienen. Se evaluó también a 15 personas de una comunidad LGBT (2 lesbianas, 6 gais, 2 transgénero y 5 bisexuales), entre los cuales 5 tienen pareja y 10 no la tienen; con un rango de edades entre 18 y 50 años, una media de 24.89 y una desviación estándar de 7.60.

## Instrumentos

El Cuestionario de dependencia emocional (CDE) de Lemos y Londoño (2006) está compuesto por 23 reactivos que presentados en modo de afirmaciones que se responden a través de una escala de Likert que va de 1 (completamente falso) a 6 (me describe perfectamente). El instrumento presenta seis dimensiones: ansiedad de separación (siete reactivos), expresión afectiva de la pareja (cuatro reactivos), modificación de planes (cuatro reactivos), miedo a la soledad (tres reactivos), expresión límite (tres reactivos) y búsqueda de atención (dos reactivos).

Para determinar la validez del instrumento se efectuó por medio de un análisis factorial exploratorio; inicialmente, se llevaron a cabo a 66 ítems, de los cuales se obtuvo una varianza explicada de 64.7% al reducirlos a 23 ítems con 6 dimensiones y buenas cargas factoriales. La consistencia interna alcanzó un alfa de .95 para el instrumento total y en las dimensiones varía de .62 a .87. En el contexto de la ciudad de Trujillo, Mendoza (2017) en su estudio sobre evidencias de validez y confiabilidad, en el análisis factorial confirmatorio los índices de ajuste global se reportan (GFI=.898; RMSEA=.058 y NFI=.993). Las cargas factoriales superan el .50, en consistencia interna se obtiene un alfa de .95 para la escala total y de .74 a .84 en las dimensiones.

Instrumento de medición de la adicción al sexo (MAS), fue diseñado y elaborado por Montañó, Pardo y Gómez en el año 2015. Para ello, revisaron 48 artículos científicos a nivel internacional, constituyeron un test con 43 ítems, los cuales quedan distribuidos en 7 factores: conducta sexual y violenta, encuentros sexuales riesgosos, estimulación pornográfica, fantasías sexuales, fetichismo, multiplicidad de parejas y sexo exhibicionista. La escala de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones (de nunca a siempre), la aplicación dura entre 15 y 20 minutos aproximadamente, y para esta se requiere solo del protocolo del instrumento y de bolígrafo.

En cuanto a las evidencias, se efectuaron por medio de un análisis factorial exploratorio. Reportaron una varianza explicada de 59.69% para 7 factores, con cargas factoriales que van de .36 a .81 y una consistencia interna de .934. En la ciudad de Trujillo, Martínez (2017) validó el instrumento por medio de un análisis factorial confirmatorio en el que se reportan los índices de ajuste global que son: índice de bondad de ajuste (GFI) de

.852, un índice de ajuste ajustado (AGF) de .833, un residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR) de .1061, un índice de ajuste normativo (NFI) de .784, un índice de ajuste parsimonioso (PNFI) de .729. Se obtuvo la confiabilidad mediante el coeficiente Omega: para conducta sexual violenta de .52, en encuentros sexuales riesgosos de .842, en estimulación pornográfica de .782, en fantasías sexuales de .498, en fetichismo de .808, en multiplicidad de parejas de .730 y en sexo exhibicionista de .628.

## Procedimiento

Se seleccionaron los participantes del estudio a través del muestreo no probabilístico intencional, considerando a quienes desearon participar voluntariamente. Para la realización del análisis de datos, en primera instancia se seleccionaron los instrumentos completados de manera correcta; posteriormente, se procedió a tabular la información en una base de datos del programa Excel 2016. Acto seguido, para el procesamiento de datos se hizo uso del programa Statistical Package of Social Sciences – SPSS 24, en el cual se realizó el análisis descriptivo e inferencial.

En lo concerniente a la estadística descriptiva, se hizo uso de las medidas de tendencia central (media), medidas de dispersión (desviación estándar), valores mínimo y máximo con el objetivo de identificar cómo se presentan las variables en las poblaciones estudiadas. Se hizo uso de la prueba de normalidad Kolmogorov y Smirnov perteneciente a la estadística inferencial, lo cual permitió conocer la distribución de los datos. Partiendo de ello, se utilizaron los estadísticos no paramétricos de rho Spearman (para las correlaciones) y la U de Mann Whitney (para la comparación).

## Resultados

Se procede a calcular los estadísticos descriptivos de las variables de estudio, en grupo total (ver tabla 1). Se puede apreciar que en la muestra total la media más alta se obtuvo en búsqueda de atención ( $M=5.38$ ;  $DE=2.39$ ), y en adicción al sexo se obtuvo en fantasías sexuales ( $M=11.54$ ;  $DE=4.74$ ) puesto que son las que más se aproximan a la media teórica. Se calcula una comparación por identidad sexual en cada variable estudiada, encontrando diferencias significativas en la variable adicción al sexo y todas sus dimensiones ( $p<.05$ ). Se alcanza un tamaño de efecto mediano ( $d>1.14$ ); a excepción de las dimensiones fetichismo y sexo exhibicionista ( $d>.40$ ), los participantes de la comunidad LGBT obtuvieron puntajes más altos ( $M=85.27$ ;  $DE=17.22$ ) que los heterosexuales ( $M=50.70$ ;  $DE=11.01$ ) (ver tabla 2).



Luego se calcularon las diferencias entre grupos con base en si se hallaban en una relación de pareja o no. En la variable dependencia emocional y sus dimensiones no se aprecian diferencias significativas ni en la muestra heterosexual ni en los participantes de la comunidad LGBT, sin embargo, se aprecia ligeramente una media más alta de las personas que no se encuentran en una relación. En lo concerniente a la variable adicción al sexo, en la población heterosexual no se hallaron diferencias significativas ( $p > .05$ ), no obstante, en la población LGBT se encontraron diferencias significativas en las dimensiones conducta sexual violenta y fetichismo, con tamaño de efecto pequeño ( $p < .05$ ;  $d > .41$ ) (ver tabla 3).

Además, se calcularon las diferencias según el sexo en ambas poblaciones y se hallaron diferencias significativas en la dimensión modificación de planes tanto en heterosexuales como en los participantes de la comunidad LGBT ( $p < .05$ ) con un tamaño de efecto pequeño y mediano. Asimismo, existe evidencia de diferencias significativas en la variable adicción al sexo y las dimensiones conducta sexual violenta, encuentros sexuales riesgosos y fantasías sexuales en la población de heterosexuales, con un tamaño de efecto pequeño y medio (ver tabla 4).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las variables de estudio (n=52)

Variables	Muestra total N (52)			
	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Dependencia Emocional	46.9	20.15	1.37	2.51
Ansiedad de Separación	13.27	6.99	1.57	2.79
Expresión Afectiva	10.21	4.67	.40	-.50
Modificación de Planes	7.69	3.89	1.67	2.76
Miedo a la Soledad	6.06	3.23	1.05	.38
Expresión Límite	4.29	2.19	2.91	10.79
Búsqueda de Atención	5.38	2.39	.23	-.68
Adicción al Sexo	60.67	20.42	1.14	.57
Conducta Sexual Violenta	5.13	2.64	3.10	10.04
Encuentros Sexuales Riesgosos	17.13	6.67	1.40	1.34
Estimulación Pornográfica	11.12	4.54	1.57	1.47
Fantasías Sexuales	11.54	4.74	.60	-1.13
Fetichismo	4.92	1.54	1.66	1.53
Múltiples Parejas	5.5	2.82	2.11	3.43
Sexo Exhibicionista	5.33	1.88	1.47	1.60

Nota: M=Media; DE=Desviación Estándar

**Tabla 2.** Medias, desviaciones estándar, valor T y d de Cohen por identidad sexual, en heterosexuales y la comunidad LGBT (n=52)

Variables	Identidad Sexual	Muestra (Heterosexual=37; LGBT=15)		
		Media	DE	
Dependencia Emocional	Heterosexual	46.81	21.06	t=-.052
	LGBT	47.13	18.39	d=-.016
Ansiedad de Separación	Heterosexual	13.11	6.97	t=-.259
	LGBT	13.67	7.26	d=-.079
Expresión Afectiva	Heterosexual	10.27	4.80	t=.141
	LGBT	10.07	4.48	d=.043
Modificación de Planes	Heterosexual	7.65	4.32	t=-.126
	LGBT	7.80	2.70	d=-.038
Miedo a la Soledad	Heterosexual	6.03	3.17	t=-.106
	LGBT	6.13	3.50	d=-.033
Expresión Límite	Heterosexual	4.38	2.45	t=.461
	LGBT	4.07	1.39	d=.141
Búsqueda de Atención	Heterosexual	5.38	2.64	t=-.035
	LGBT	5.40	1.72	d=-.009
Adicción al Sexo	Heterosexual	50.70	11.01	t=-7.199***
	LGBT	85.27	17.22	d=-2.649
Conducta Sexual Violenta	Heterosexual	4.30	.94	t=-2.719*
	LGBT	7.20	4.09	d=-1.258
Encuentros Sexuales Riesgosos	Heterosexual	14.27	3.63	t=-5.022***
	LGBT	24.20	7.30	d=-2.010
Estimulación Pornográfica	Heterosexual	9.00	1.84	t=-5.506***
	LGBT	16.33	5.02	d=-2.378
Fantasías Sexuales	Heterosexual	9.38	3.29	t=-7.400***
	LGBT	16.87	3.36	d=-2.265
Fetichismo	Heterosexual	4.49	1.04	t=-2.738*
	LGBT	6.00	2.04	d=-1.085
Múltiples Parejas	Heterosexual	4.49	1.48	t=-3.543**
	LGBT	8.00	3.72	d=-1.503
Sexo Exhibicionista	Heterosexual	4.78	1.53	t=-3.655**
	LGBT	6.67	2.02	d=-1.119

Nota: DE=Desviación Estándar; Min.=Mínimo; Max.=Máximo; LGBT=Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales; p<.05\*; p<.01\*\*; p<.001\*\*\*

**Tabla 3.** Medias, desviaciones estándar, valor T y d de Cohen por tipo de relación, en heterosexuales y la comunidad LGBT

Variables	Tipo de Relación	Muestra Heterosexual n (Con Pareja=23; Sin Pareja=14)			Muestra LGBT n (Con Pareja=5; Sin Pareja=10)		
		Media	DE		Media	DE	
DP	Tiene Pareja	42.26	16.12	t=-1.730	49.80	8.41	t=.504
	No tiene Pareja	54.29	26.31	d=-.587	45.80	22.10	d=.211
AS	Tiene Pareja	11.65	4.90	t=-1.668	12.60	2.19	t=-.538
	No tiene Pareja	15.50	9.16	d=-.565	14.20	8.88	d=-.214
EA	Tiene Pareja	9.52	4.50	t=-1.224	12.20	2.59	t=1.645
	No tiene Pareja	11.50	5.19	d=-.415	9.00	4.94	d=.734
MP	Tiene Pareja	7.17	3.59	t=-.776	7.40	.55	t=-.554
	No tiene Pareja	8.43	5.36	d=-.290	8.00	3.33	d=-.215
MS	Tiene Pareja	5.43	2.41	t=-1.315	7.60	3.21	t=1.161
	No tiene Pareja	7.00	4.04	d=-.502	5.40	3.57	d=.636
EL	Tiene Pareja	3.65	1.15	t=-2.010	4.20	.84	t=.254
	No tiene Pareja	5.57	3.46	d=-.836	4.00	1.63	d=-.139
BA	Tiene Pareja	4.83	2.74	t=-1.672	5.80	1.64	t=.621
	No tiene Pareja	6.29	2.27	d=-.567	5.20	1.81	d=-.340
ASex	Tiene Pareja	50.00	10.02	t=-.492	77.80	12.11	t=-1.206
	No tiene Pareja	51.86	12.78	d=-.167	89.00	18.70	d=-.661
CSV	Tiene Pareja	4.22	.85	t=-.658	4.80	1.10	t=-2.368*
	No tiene Pareja	4.43	1.09	d=-.223	8.40	4.55	d=-.939
ESR	Tiene Pareja	13.96	3.25	t=-.669	20.20	5.02	t=-1.578
	No tiene Pareja	14.79	4.25	d=-.227	26.20	7.64	d=-.864
EP	Tiene Pareja	9.04	1.89	t=.182	19.00	5.48	t=1.520
	No tiene Pareja	8.93	1.82	d=.062	15.00	4.47	d=.833
FS	Tiene Pareja	9.13	3.20	t=-.583	16.20	4.15	t=-.530
	No tiene Pareja	9.79	3.51	d=-.198	17.20	3.08	d=-.290
F	Tiene Pareja	4.57	1.20	t=-.582	4.80	.45	t=-2.414*
	No tiene Pareja	4.36	.74	d=.197	6.60	2.27	d=-.945
MPa	Tiene Pareja	4.30	.88	t=-.956	6.40	1.52	t=-1.583
	No tiene Pareja	4.79	2.15	d=-.324	8.80	4.29	d=-.655
SE	Tiene Pareja	4.78	1.54	t=-.006	6.40	1.34	t=-.349
	No tiene Pareja	4.79	1.58	d=-.002	6.80	2.35	d=-.191

**Nota:** DP=Dependencia Emocional; AS=Ansiedad de Separación; EA=Expresión Afectiva; MP=Modificación de Planes; MS=Miedo a la Soledad; EL=Expresión Límite; BA=Búsqueda de Atención; ASex.=Adicción al Sexo; CSV=Conducta Sexual Violenta; ESR=Encuentros Sexuales Riesgosos, EP=Estimulación Pornográfica; FS=Fantasías Sexuales; F=Fetichismo; MPa.=Múltiples Parejas; SE=Sexo Exhibicionista; DE=Desviación Estándar; Min.=Mínimo; Max.=Máximo; LGBT=Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales; p<.05\*; p<.01\*\*; p<.001\*\*\*

**Tabla 4.** Medias, desviaciones estándar, valor T y d de Cohen por género, en heterosexuales y la comunidad LGBT

Variables	Género	Muestra Heterosexual n (Masculino=7; Femenino=30)			Muestra LGBT n (Masculino=7; Femenino=8)		
		Media	DE		Media	DE	
DP	Masculino	53.29	19.24	t=.901	54.14	22.29	t=1.432
	Femenino	45.30	21.48	d=.378	41.00	12.58	d=.741
AS	Masculino	14.43	4.96	t=.551	17.29	9.09	t=1.879
	Femenino	12.80	7.40	d=.231	10.50	3.16	d=1.029
EA	Masculino	10.71	4.39	t=.268	11.00	5.10	t=.743
	Femenino	10.17	4.96	d=.113	9.25	4.03	d=.384
MP	Masculino	10.57	5.41	t=2.080*	9.57	2.70	t=2.957*
	Femenino	6.97	3.81	d=.873	6.25	1.58	d=1.531
MS	Masculino	6.00	3.06	t=-.025	6.29	3.99	t=.152
	Femenino	6.03	3.24	d=-.010	6.00	3.30	d=.079
EL	Masculino	4.57	2.44	t=.228	4.14	1.95	t=.182
	Femenino	4.33	2.50	d=.096	4.00	.76	d=.099
BA	Masculino	7.00	3.00	t=1.867	5.86	1.77	t=.958
	Femenino	5.00	2.45	d=.784	5.00	1.69	d=.496
ASex	Masculino	63.71	14.04	t=2.923*	81.00	15.48	t=-.891
	Femenino	47.67	7.69	d=1.763	89.00	18.81	d=-.461
CSV	Masculino	5.00	1.41	t=2.331*	6.00	2.77	t=-1.068
	Femenino	4.13	.73	d=.978	8.25	4.92	d=-.553
ESR	Masculino	19.00	4.76	t=3.162	25.00	9.17	t=.385
	Femenino	13.17	2.23	d=2.062	23.50	5.78	d=.199
EP	Masculino	10.57	2.70	t=1.843	16.43	4.96	t=.066
	Femenino	8.63	1.40	d=1.143	16.25	5.42	d=.034
FS	Masculino	12.14	3.02	t=2.675*	15.57	4.69	t=-1.356
	Femenino	8.73	3.04	d=1.123	18.00	.76	d=-.752
F	Masculino	4.71	.95	t=.636	5.14	1.95	t=-1.610
	Femenino	4.43	1.07	d=.267	6.75	1.91	d=-.833
MPa	Masculino	6.29	2.87	t=2.044	7.14	4.06	t=-.825
	Femenino	4.07	.25	d=1.833	8.75	3.49	d=-.427
SE	Masculino	6.00	2.24	t=1.718	5.71	1.11	t=-1.846
	Femenino	4.50	1.20	d=1.049	7.50	2.33	d=-.955

Nota: DP=Dependencia Emocional; AS=Ansiedad de Separación; EA=Expresión Afectiva; MP=Modificación de Planes; MS=Miedo a la Soledad; EL=Expresión Límite; BA=Búsqueda de Atención; ASex.=Adicción al Sexo; CSV=Conducta Sexual Violenta; ESR=Encuentros Sexuales Riesgosos, EP=Estimulación Pornográfica; FS=Fantasías Sexuales; F=Fetichismo; MPa.=Múltiples Parejas; SE=Sexo Exhibicionista; DE=Desviación Estándar; Min.=Mínimo; Max.=Máximo; LGBT=Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales; p<.05\*; p<.01\*\*; p<.001\*\*\*

Posteriormente, se evaluaron las relaciones entre variables por medio del coeficiente de Spearman de modo separado en heterosexuales (ver tabla 5) y comunidad LGBT (ver tabla 6) con el objetivo de comparar los resultados de ambos grupos.

En heterosexuales se aprecia que la adicción al sexo y fantasías sexuales se relacionan directa y significativamente con la dependencia emocional y sus dimensiones (a excepción de la dimensión expresión límite); la dimensión encuentros sexuales riesgosos se relaciona directa y significativamente con la dependencia

emocional y las dimensiones ansiedad de separación, expresión afectiva, modificación de planes y búsqueda de atención; y fetichismo se relaciona directa y significativamente con la dependencia emocional y las dimensiones ansiedad de separación, expresión afectiva, modificación de planes, miedo a la soledad y búsqueda de atención.

En lo que concierne a la población LGBT, se aprecia que la dimensión encuentros sexuales riesgosos se relaciona directa y significativamente con la dependencia emocional y ansiedad de separación; fantasías sexuales se relaciona directamente con expresión límite e inversamente con búsqueda de atención; finalmente, fetichismo se relaciona inversa y significativamente con la dependencia emocional y sus dimensiones (a excepción de expresión límite y búsqueda de atención).

**Tabla 5.** Correlaciones entre las variables de estudio en heterosexuales (n=37)

Variable	Población Heterosexuales														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. DP	1	,883**	,918**	,734**	,771**	,667**	,807**	,439**	.164	,395*	.187	,458**	,387*	.286	.102
2. AS		1	,814**	,619**	,587**	,665**	,677**	,439**	.128	,370*	.286	,466**	,484**	.297	.105
3. EA			1	,597**	,628**	,527**	,668**	,399*	.037	,366*	.187	,359*	,386*	.214	.073
4. MP				1	,547**	,495**	,471**	,380*	.216	,394*	.194	,366*	.176	.272	.266
5. MS					1	,616**	,579**	,335*	.162	.204	.223	,386*	,327*	.235	.051
6. EL						1	,475**	.207	.128	.059	.231	.268	.232	.073	-.051
7. BA							1	,401*	.192	,423**	.100	,459**	,436**	.270	.096
8. ASex								1	,572**	,830**	,638**	,915**	,673**	,609**	,703**
9. CSV									1	,542**	,468**	,602**	,344*	,646**	,531**
10. ESR										1	,547**	,627**	,492**	,555**	,637**
11. EP											1	,493**	,588**	,498**	,482**
12. FS												1	,692**	,598**	,636**
13. F													1	,482**	,412*
14. MPa														1	.291
15. SE															1

**Nota:** DP=Dependencia Emocional; AS=Ansiedad de Separación; EA=Expresión Afectiva; MP=Modificación de Planes; MS=Miedo a la Soledad; EL=Expresión Límite; BA=Búsqueda de Atención; ASex.=Adicción al Sexo; CSV=Conducta Sexual Violenta; ESR=Encuentros Sexuales Riesgosos, EP=Estimulación Pornográfica; FS=Fantasías Sexuales; F=Fetichismo; MPa.=Múltiples Parejas; SE=Sexo Exhibicionista; p<.05\*; p<.01\*\*

Tabla 6. Correlaciones entre las variables de estudio en la comunidad LGBT (n=15)

Variables	Población Heterosexuales														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. DP	1	,983**	,953**	,765**	,938**	,603*	,456	,358	-.031	,612*	,261	,190	-.829**	,076	,346
2. AS		1	,917**	,836**	,895**	,529*	,467	,294	-.102	,593*	,308	,096	-.905**	-.011	,311
3. EA			1	,691**	,877**	,491	,607*	,315	-.050	,473	,216	,127	-.778**	,079	,107
4. MP				1	,724**	,462	,141	-.143	-.357	,469	,080	,155	-.871**	-.338	,101
5. MS					1	,800**	,216	,320	,022	,508	,227	,363	-.720**	,171	,398
6. EL						1	-.378	,386	,337	,424	-.145	,786**	-.319	,479	,438
7. BA							1	-.081	-.435	,084	,384	-.575*	-.494	-.415	-.220
8. ASex								1	,857**	,919**	,026	,305	,006	,863**	,433
9. CSV									1	,681**	-.345	,506	,387	,931**	,189
10. ESR										1	,067	,255	-.331	,661**	,421
11. EP											1	-.704**	-.411	-.196	,391
12. FS												1	,134	,520*	,154
13. F													1	,256	-.095
14. MPa														1	,204
15. SE															1

Nota: DP=Dependencia Emocional; AS=Ansiedad de Separación; EA=Expresión Afectiva; MP=Modificación de Planes; MS=Miedo a la Soledad; EL=Expresión Límite; BA=Búsqueda de Atención; ASex.=Adicción al Sexo; CSV=Conducta Sexual Violenta; ESR=Encuentros Sexuales Riesgosos, EP=Estimulación Pornográfica; FS=Fantasías Sexuales; F=Fetichismo; MPa.=Múltiples Parejas; SE=Sexo Exhibicionista; p<.05\*; p<.01\*\*

## Discusión

Algunos autores, como Fernández (1996), señalan que es frecuente que la conducta del sexo-adicto esté desvinculada a una vivencia afectiva, ya que es una práctica sexual física que, por lo general, es anónima, esporádica y tiene como finalidad generar placer, por ende, es potencialmente adictiva (Echeburúa, 2000).

Asimismo, Kingston, Fedoroff, Firestone, Curry y Bradford (2008) señalan que la adicción al sexo está relacionada con las conductas parafilicas, como el exhibicionismo, sadismo, masoquismo y voyerismo, entre otras. Resaltan que el adicto al sexo cosifica a las personas con un propósito sexual que puede existir en manifestaciones afectivas generadoras de una interacción significativa, pero se debe considerar que esta es un medio para cumplir el cometido del acto sexual, es decir, tener una persona a disposición para el placer sexual.

Por otro lado, Echeburúa (2000) menciona que dentro de la etiología de la adicción al sexo, el fracaso en las relaciones afectivas y el rechazo sentimental es un factor desencadenante, así como los abusos sexuales, entre otros. En tal sentido, la conducta sexual adictiva viene acompañada por soledad afectiva, sufrimiento, culpa, ansiedad, vergüenza y pérdida de la autoestima.

Por último, se debe considerar que los principales síntomas que presenta un adicto conductual es un intenso deseo o ansiedad por realizar la actividad placentera, pérdida progresiva del autocontrol hasta dejarse llevar por el principio de placer, disminución en el desempeño laboral o académico, distanciamiento de relaciones sociales significativas que no representen contacto sexual, focalización en el acto sexual sobre las demás necesidades básicas; en el ámbito psicológico, presenta irritabilidad, depresión, entre otros padecimientos (Cía, 2013), lo cual indica que en sus relaciones el amor se explica como un medio para su práctica sexual, que a largo plazo puede confundirse con las interacción afectivas (Schaeffer, 1998).

En la revisión empírica-teórica de la dependencia emocional y la adicción al sexo como variables asociadas, los estudios reportados aún son escasos. Se observa la exploración de ambas variables de forma independiente. Entre algunos estudios relacionados se encuentran los siguientes:

Quintana (2012) llevó a cabo un estudio con la finalidad de analizar la dependencia afectiva como causante de las relaciones sexuales en una muestra de 70 adolescentes embarazadas del hospital provincial de Latacunga en Ecuador. Los datos se recolectaron a través de la historia clínica psicológica, el cuestionario de dependencia emocional y una encuesta con preguntas abiertas y cerradas para indagar sobre las relaciones sexuales precoces. Según el análisis descriptivo, se aprecia que el rasgo de personalidad predominante es el dependiente (58.57%), asimismo, según las puntuaciones totales de dependencia emocional, se aprecia que el 27.14% presenta dependencia emocional leve. En cuanto a los motivos por los que tuvieron su primera experiencia sexual, señalan que fue por búsqueda de cariño (25.71%) y por temor a perder a su pareja (24.29%).

Gallego y Barreiro (2010) desarrollaron un estudio con el propósito de analizar los factores asociados a las relaciones de pareja homosexuales en una muestra de 30 gais y 30 lesbianas de Colombia. La medición de la variable se realizó por medio de una entrevista a profundidad sobre la experiencia afectiva de los participantes. Los resultados reportados son los siguientes: en cuanto a nivel de correspondencia total, se alcanza un 80.49% en el grupo con pareja y un 57.89 en el grupo sin pareja; en satisfacción con las manifestaciones de afecto de la pareja y afecto expresado, la respuesta predominante es “bastante, a mí me encanta construir y cuidar, soy muy afectuoso, me encanta sobreproteger”; en dependencia se aprecia un nivel bajo de 48.78% en el grupo con pareja y 57.89% en el grupo sin pareja.

Chiclana, Contreras, Carriles y Rama (2015) estudiaron la adicción al sexo en una muestra de 6380 pacientes, de los cuales 80 tienen diagnóstico de hipersexualidad de acuerdo con los criterios del DSM-5. Los hallazgos señalan que de los 80 participantes, el 68.8% eran solteros, 26.3% eran casados y el 3.8%, separados. Se señalan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con o sin comorbilidad, pues, a mayor presencia del trastorno de la personalidad, mayor impulsividad y compulsividad, y mayor consumo de pornografía homosexual.

## Conclusiones

Existen diferencias significativas según la identidad sexual en la variable adicción al sexo y sus dimensiones con tamaño de efecto mediano, a excepción de las dimensiones fetichismo y sexo exhibicionista que posee un tamaño de efecto pequeño. Se aprecia también que los participantes de la comunidad LGBT presentan puntuaciones más elevadas.

Se evidencian diferencias significativas según la situación sentimental (con pareja o sin pareja) en los participantes de la comunidad LGBT en las dimensiones de conducta sexual violenta y fetichismo con tamaño de efecto pequeño, en las que alcanzan puntuaciones más altas quienes tienen pareja.

Existen diferencias significativas según el género en la población heterosexual en las dimensiones modificación de planes, adicción al sexo, conducta sexual violenta y fantasías sexuales. Además, se evidencian diferencias significativas según el género en los participantes de la comunidad LGBT en la dimensión modificación de planes. En ambas poblaciones las puntuaciones más altas fueron alcanzadas por los participantes de sexo masculino.

En la población heterosexual, la adicción al sexo y el fetichismo se relacionan directa y significativamente con la dependencia emocional y sus dimensiones, a excepción de la expresión límite; encuentros sexuales riesgosos se relaciona directa y significativamente con la dependencia emocional y las dimensiones ansiedad de separación, expresión afectiva, modificación de planes y búsqueda de atención; finalmente, se aprecia una relación directa y significativa del fetichismo con la dependencia emocional y sus dimensiones ansiedad de separación, expresión afectiva, miedo a la soledad y búsqueda de atención.



En los participantes de la comunidad LGBT se aprecia que la dimensión encuentros sexuales riesgosos se relaciona directa y significativamente con la dependencia emocional y la dimensión ansiedad de separación; fantasías sexuales se relaciona directa y significativamente con la expresión límite, y negativamente con búsqueda de atención; finalmente, fetichismo se relaciona inversa y significativamente con la dependencia emocional y las dimensiones ansiedad de separación, expresión afectiva, modificación de planes y miedo a la soledad.

## Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

## Referencias

- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. DOI: 10.6018/analesps.29.3.178511
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida: bienestar subjetivo*. Santiago de Chile: Ediciones UDP.
- Barrientos, J., y Cárdenas, M. (2013). Homofobia y Calidad de Vida de Gay y Lesbianas: Una Mirada Psicosocial. *Psyche*, 22(1), 3-14. DOI: 10.7764/psyche.22.1.553
- Becoña, E. (1996). *Tratamiento del juego patológico*. Madrid: Pirámide.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Celis, A., y Rojas, J. (2015). Violencia en el noviazgo desde la perspectiva de varones adolescentes. *Informes Psicológicos*, 15(1), 83-104. DOI: 10.18566/infpsicv15n1a05

- Chiclana, C., Contreras, M., Carriles, S. y Rama, D. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comorbido?, *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 115(1), 19-26. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5208945>
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la conclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista Neuropsiquiatría*, 76(4), 210-217. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036946004>
- De la Villa, M., García, A., Cuetos, G., y Sirvent, C. (2017). Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(2), 96-107. DOI: 10.23923/j.rips.2017.08.009
- Echeburúa, E. (2000). *Adicciones sin drogas, ¿las nuevas adicciones? Sexo, trabajo, compras*. Barcelona: Colección preguntas.
- Fernández, F. A. (1996). *Las otras drogas*. Madrid: Temas de Hoy.
- Gallego, Ó., y Barreiro, E. (2010). Análisis de los factores asociados a las relaciones de pareja homosexual (gays y lesbianas) en la ciudad de Bogotá. *Suma Psicológica*, 17(1), 69-81. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134215244006.pdf>
- Gil, C., Velasco, C., Iniesta, C., Beltrán, P., Curto, J., y Latasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 175-177. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.09.013
- Kafka, M. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behaviour* 43(7). 1259-1261. DOI: 10.1007/s10508-014-0326-y
- Kingston, D., Fedoroff, P., Firestone, P., Curry, S., & Bradford, J. (2008). Pornography use and sexual aggression: The impact of frequency and type of pornography use on recidivism among sexual offenders. *Aggressive Behavior*, 34, 341-351. DOI: 10.1002/ab.20250.
- Lázaro, Ch. (2014). La conformación del movimiento LGBT en Guadalajara, Jalisco. *Argumentos* 27(76), 241-273. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-57952014000300012](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952014000300012)
- Lemos, M., y Londoño, N. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79890212>

- Lynch, T., Robins, C., & Morse, J. (2001). Couple functioning in depression: the roles of sociotropy and autonomy. *Journal of Clinical Psychology, 57*(1), 93-103. DOI: 10.1002/1097-4679(200101)57:1<93:AID-JCLP10>3.0.CO;2-6
- Mercado, J. (2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia. Un análisis sociológico. *Sociología (México), 24*(69), 123-156. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v24n69/v24n69a7.pdf>
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Montaño, D., Pardo, E., y Gómez, G. (2015). Construcción y validación inicial del instrumento de medición de adicción al sexo (MAS). *Revista Iberoamericana de psicología Ciencia y Tecnología, 8*(2), 67-78. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5608876.pdf>
- Observatorio de derechos LGBT (2016). *Informe anual*. Lima: Punto y Grafía S.A.C. Recuperado de [http://iessdeh.org/usuario/ftp/DOCUMENTO\\_OBSERVATORIO\\_final.pdf](http://iessdeh.org/usuario/ftp/DOCUMENTO_OBSERVATORIO_final.pdf)
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2013). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Recuperado de [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/summary/es/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/)
- Ortiz, L. (2004). La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y Cultura, 22*, 161-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/267/26702209.pdf>
- Otsuka, L., y Anaya, K. (2016). *Discriminación y violencia contra las poblaciones LGBT en el Perú*. Lima: Red Peruana LGBT.
- Quintana, R. (2012). *La dependencia afectiva como causante de las relaciones sexuales precoces en las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de consulta externa del hospital provincial general de Latacunga durante el periodo septiembre 2010 – agosto 2011* (Tesis de Licenciatura). Universidad Técnica de Ambato, Latacunga, Ecuador.
- Real Academia Española (2017). Diccionario de la lengua española. *Asociación de academias de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Schaeffer, B. (1998). *¿Es amor o es adicción?* Barcelona: Apóstrofe.
- Schneider, J. (1991). How to recognize the signs of sexual addiction? Asking the right questions may uncover serious problems. *Postgraduate Medicine, 90*(6), 171-182. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1946110>

Shibley, J., y Delamater, J. (2010). *Sexualidad Humana* (9ª ed.). México D.F.: McGraw Hill.

Sirvent, C., y Moral, M. (2007). La dependencia sentimental o afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 23(3), 93-94.  
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28412891004.pdf>

Tribunal Constitucional del Perú (2015). *Compendio Normativo*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.

Villa, M. (2016). *De las identidades peyorativas a la identidad gay en la ciudad de San Luis Potosí* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://mora.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1018/201>

# Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo

## Identity as a smoker and perceived risk in teenage tobacco smokers: A predictive model

Sandra Paola Castellanos Cuellar\*  
Constanza Londoño Pérez\*\*

Recibido: 11 de julio de 2018 Aceptado: 3 de diciembre de 2018 Publicado: 2 de enero de 2018

**Forma de citar este artículo en APA:**

Castellanos Cuellar, S. P., y Londoño Pérez, C. (enero-junio, 2019). Identidad como fumador y riesgo percibido en adolescentes fumadores de tabaco: un modelo predictivo. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 68-87. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3124>

### Resumen

Este estudio descriptivo correlacional con análisis de corte multivariante tuvo como objetivo determinar si la identidad del fumador y el riesgo percibido predecían el nivel de consumo de tabaco en una muestra de 935 personas, de las cuales 554 son hombres (59.3%) y 381 mujeres (40.7%). Se utilizó el Cuestionario de consumo de cigarrillo (C4), el Cuestionario de identificación con el consumo de cigarrillo (CICC) y el Cuestionario de expectativas sobre el consumo de cigarrillo (CECC). Se realizaron análisis correlacionales bivariados y multivariados para la identidad del modelo de ecuaciones estructurales y se evaluó en el modelo las bondades de los criterios de ajuste. Los resultados indicaron que el 33.2% fumaba y que tanto el riesgo percibido como la no identificación del fumador, en conjunto con otros factores, predecían el 40.1% de la varianza en el modelo propuesto.

### Palabras clave:

Adolescentes; Identidad; Riesgo percibido; Tabaco.

\* Magíster en Psicología: énfasis en adicciones y violencia. Universidad Católica de Colombia. País-ciudad. Correo electrónico: [paolacastellanos52@gmail.com](mailto:paolacastellanos52@gmail.com)

\*\* Doctora en Psicología. Directora Grupo de Investigación ENLACE. Universidad Católica de Colombia, País-ciudad. Correo electrónico: [clondono@ucatolica.edu.co](mailto:clondono@ucatolica.edu.co), Orcid: 0000-0003-3273-3658

## Abstract

This descriptive correlational study with analysis of a multivariate cut had as main objective to determine if the identity of the smoker and the perceived risk predicted the level of tobacco consume in a sample, out of 935, from which, 554 men (59.3%) and 381 women (40.7%). It was used the Cigarette Consume Survey (C4), the Identification Survey with the Cigarette Consume (CICC) and the Expectatives Survey about the Cigarette Consume (CECC). Correlations analysis were made for the identity of structural equation models and the kindness was evaluated.

The results indicated that the 33.2% smoke and that as the perceived risk as the non-identification of the smoker along with other factors predicted the 40.1% of the variance.

## Keywords:

Teenagers; Identity; Perceived risk; Tobacco.

## Introducción

En el mundo se consumieron alrededor de 5.8 trillones de cigarrillos durante el año 2014. Las tasas más altas fueron reportadas en países con menos estrategias de control del tabaco (The Tobacco Atlas, 2015). El tabaquismo, legal y socialmente aceptado, es un serio problema mundial que genera complicaciones de salud y hasta la muerte de las personas que consumen, y afecta la salud de quienes los rodean (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004; 2013). Este riesgo existe especialmente en la población universitaria colombiana, por encima de países como Estados Unidos, ya que la tasa de prevalencia de consumo está entre el 30% y el 50%, frecuencia que implica una probabilidad mayor de continuar siendo fumadores durante su vida (OMS, 2013). Infortunadamente, esta población no tiene conciencia del daño o riesgo que trae el consumo de cigarrillo (American Cancer Society, 2015).

En el caso específico del consumo de cigarrillo en la población adolescente, Bird, Moraros, Olsen, Forster-Cox, Staines-Orozco, & Buckingham, (2007) identificaron que alrededor del 80% de los adolescentes fumadores actuales reconocen que consumir tabaco y estar en contacto con el humo de otros fumadores es perjudicial para la salud, pero no adoptan cambios para dejar de consumir. Condición que resulta preocupante ya que es necesaria la percepción del riesgo real para poder llevar a cabo una acción de prevención efectiva (Yeh, Duncan, Schmidt, Wang & Brancati, 2010). Aunque cabe anotar que en el ámbito mundial la mayoría de programas gubernamentales de prevención no incluyen el fomento de la percepción real del riesgo y, por tanto, minimizan la responsabilidad sobre los cuidados de la salud.

Hay que resaltar que las personas fumadoras, y buena parte de las no fumadoras, no desconocen los riesgos del consumo de cigarrillo, pues parecen ser muy conscientes de las consecuencias negativas de fumar sobre la salud (Viscusi & Hakes, 2008). Como lo señalan Castellanos y Londoño (2016), la relación entre fumar y la percepción del riesgo parece darse de forma inversa, pues las personas que más fácilmente se vinculan con conductas de riesgo (como no usar el cinturón de seguridad o dejar de tener seguros de vida), son más propensas a fumar y a mantenerse en el hábito; es decir, fumar es un hábito riesgoso que tiene una alta correlación con otras actividades de riesgo.

Estos resultados son de gran importancia para la concepción del riesgo sobre fumar y su relación con otras conductas de riesgo, pero una de las dificultades que presenta es que las encuestas indagan no sobre el riesgo propio percibido, sino acerca del riesgo que la persona percibe en la población en general, lo que impide concluir sobre cómo evolucionan los procesos de percepción de riesgo individual; y ello hace necesario indagar en los no fumadores cómo esa percepción de riesgo influye en la decisión de consumir.

Al analizar los procesos de percepción del riesgo personal, no existe una manera de predecir exactamente y sin error la ocurrencia de un hecho en la vida de una persona (como desarrollar cáncer de pulmón por consumo de cigarrillo), razón por la cual se deben prevenir (sin saber con certeza si van a ocurrir) las consecuencias negativas, lo que se traduce en un juego de probabilidades del que hacen parte las variables personales y el desarrollo de una identidad personal, ya que se requiere del auto-reconocimiento o conciencia de sí mismo para poder realizar los procesos de juicio y valoración (Castellanos y Londoño, 2017; Morales, Moya, Gaviria, y Cuadrado, 2007).

Sumado a esto, se encuentra que la percepción del riesgo al consumir cigarrillo se asocia con la percepción de pertenencia o no a un grupo de referencia y las características de dicho grupo; por lo cual, adolescentes que fuman, pero no se identifican con el grupo de “fumadores”, consideran que estos son quienes tienen un mayor consumo. Berg, Lust, Sanem, Kirch, Rudie, Ehlinger, Ahluwalia, & An. (2009) identificaron que un 50.7% de estudiantes universitarios con reporte de consumo en los últimos 30 días afirmaron no ser fumadores, por lo cual no tenían la intención de cesar el consumo en los siguientes 12 meses.

De la misma manera, Levinson, Campo, Gascoigne, Jolly, Zakharyan, & Tran. (2007) encontraron que del total de universitarios que reportaron ser fumadores actuales en una encuesta anónima, el 56.3% de ellos negó ser un fumador en entrevistas directas realizadas días después; este grupo fue denominado “deniers”, y quienes sí se consideran fumadores, se describieron como “fumadores sociales”. Por otro lado, quienes no fumaban, y se consideraban claramente como no fumadores, se percibieron como cuidadores de su salud (Castellanos y Londoño, 2017; Velasco Salamanca, Londoño Pérez, Forero, Páez, Romero y Ruíz, 2017).

Como explican al respecto Lee y Halpern-Felsher (2011), los fumadores tienden a tener mayor flexibilidad al determinar lo que constituye ser un no fumador y un fumador denominado “heavy”, mientras que los no fumadores tienen definiciones más cerradas. En este sentido, la identificación del individuo con el grupo de referencia juega un papel fundamental en el reconocimiento o no como fumador, pues se percibe a sí mismo dentro o fuera de este grupo de referencia, lo cual hace necesario ampliar la información respecto a la importancia que tiene la identificación en el estudio del consumo de cigarrillo.



A pesar de representar un avance importante en la comprensión del consumo de cigarrillo en adolescentes, son pocas las investigaciones y trabajos desarrollados desde esta perspectiva. Se hace necesario entonces profundizar en el estudio del hábito de fumar. Por esta razón, el presente trabajo pretende dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿cuál es la relación existente entre la identidad como fumador y la percepción de riesgo en los adolescentes universitarios?

## Método

El presente estudio se realizó a través de un diseño descriptivo correlacional con análisis de corte multivariante, y con una metodología cuantitativa.

## Muestra

La muestra incidental de conveniencia estaba compuesta por 1081 adolescentes escolarizados entre 12 y 19 años que diligenciaron los instrumentos. Se eliminaron los participantes con aplicaciones incompletas y a los mayores de 20 años que superaban la edad propia de la adolescencia (Organización Mundial de la Salud, 2018). Se obtuvo una muestra final de 935 aplicaciones que permitieron distribuir los participantes en grupos de no fumadores ( $n= 624$ ) y fumadores ( $n= 311$ ), correspondientes a un 66.8% y un 33.2%, respectivamente.

## Instrumentos

Cuestionario de consumo de cigarrillo C4: el cuestionario diseñado por Londoño, Rodríguez y Gantiva (2011) mide el nivel de consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios y clasifica el consumo en *leve*, *moderado* y *severo*. El puntaje máximo obtenido es de 30 y significa que la persona es dependiente de la nicotina, y el puntaje mínimo es 0 cuando la persona no fuma y nunca lo ha probado. En esta prueba se requiere tanto de la variable numérica como de la categórica. La escala de clasificación va de 0 a 30, y se divide en tres niveles de consumo: *moderado* (5 a 8 puntos), *alto* (9 a 18 puntos) y *dependiente* (19 a 30 puntos). El instrumento cuenta con un alpha de 0.90.

Cuestionario de identificación con el consumo de cigarrillo (CICC): el cuestionario fue desarrollado y validado por Castellanos y Londoño (2017), evalúa la identificación con el consumo de cigarrillo, los factores asociados con la percepción como fumador, las atribuciones, expectativas y valoraciones vinculadas con el consumo de cigarrillo y el riesgo percibido a través de 71 ítems con opciones de respuesta tipo falso-verdadero, escala tipo Likert y diferencial semántico. Cada respuesta de falso y verdadero puede alcanzar un valor de 2 y en el Likert puede ir entre 1 y 4, la suma total máxima de 200 indica total identificación como fumador. Cuenta con un alpha de Cronbach de 0.64.

Cuestionario de expectativas sobre el consumo de cigarrillo (CECC): diseñado por Londoño y Rodríguez (2007) mide las creencias que el individuo tiene sobre los aspectos positivos que el cigarrillo le aporta a la conducta social y emocional. El instrumento tiene 23 afirmaciones que pueden ser contestadas como verdaderas o falsas y se determinan categorías de las razones de consumo como altas o bajas. En la calificación se suman las respuestas marcadas como verdaderas que indican la presencia de la expectativa. Cuenta con un alpha de 0.92

Cuestionario de percepción del riesgo: este cuestionario mide el riesgo y la vulnerabilidad que se perciben asociados al consumo de cigarrillo. El test consta de 30 ítems que evalúan la vulnerabilidad y el riesgo percibido respecto al grupo social de referencia y a los factores individuales que potencian el riesgo individual. Incluye 3 factores con 10 ítems cada uno y con 4 opciones de respuesta en escala Lickert que da puntuaciones entre 1 y 4, con una máxima calificación de 40 puntos por factor y 120 puntos totales. Los puntajes altos indican alta percepción de riesgo y alta vulnerabilidad. Según los autores, el instrumento mostró una validez adecuada y un alpha de Cronbach de 0.73 que indica buena consistencia interna.

Cuestionario de motivación-tentaciones: el cuestionario mide la reacción que producen algunos eventos relacionados con el consumo de cigarrillo en las personas que tienen el hábito de fumar. El test consta de 13 ítems que evalúan en una escala de 1 a 5 el grado de tentación percibida por el sujeto en diversas situaciones que han sido identificadas como facilitadoras del consumo. Se suman las calificaciones dadas en cada ítem para obtener el puntaje total máximo de 65 puntos, el cual indica alta motivación para consumir relacionada con tentación alta del consumo que se ve como no resistible; las puntuaciones bajas muestran que la persona asocia estas situaciones con el consumo de cigarrillo. Cuenta con un alpha de 0.95 (Londoño y Rodríguez, 2007).

## Procedimiento

### *Elección de participantes*

Para conseguir la autorización institucional de la participación de los adolescentes, el director de la investigación contactó a las directivas educativas, quienes facilitaron los momentos de acercamiento inicial con padres e hijos para ofrecer información detallada acerca de la investigación, la importancia de su participación, las opciones de ayuda profesional para los casos de consumo de tabaco y la firma del consentimiento/asentimiento informado en caso de que decidieran participar.

### *Recolección de información*

Los investigadores aplicaron los instrumentos a los grupos por curso durante la jornada escolar. Al finalizar la aplicación, se ofreció información general acerca de los riesgos de consumo de tabaco y, de forma anónima, las opciones de ayuda para los fumadores.

### *Análisis de resultados*

Se realiza a través de análisis multivariante. Para los análisis correlacionales se utilizó el descriptivo correlacional de Pearson y Spearman. Para esta investigación, una correlación se refiere al grado de variación conjunta existente entre dos o más variables; en este caso, una correlación positiva indica que cuanto mayor son las puntuaciones en una de las variables, mayores son también las puntuaciones en la otra. Las correlaciones entre variables numéricas fueron analizadas con Pearson y las que eran categóricas como el género con variables numéricas se analizaron con Spearman.

Para el modelo de ecuaciones estructurales se desarrolló inicialmente un modelo basado en los resultados obtenidos por Castellanos y Londoño (2017), y en la teoría; es importante tener en cuenta que es probable cometer errores en la formulación de este modelo inicial al omitir alguna variable importante o relacionada, lo que se conoce como error de especificación.

Posterior al modelo inicial, se construye el diagrama de relaciones causales a partir de la identificación de variables exógenas predictoras y su relación con la variable endógena o dependiente. Igualmente, se establecieron las correlaciones existentes entre las variables endógenas y se hicieron modelos de regresión previos para facilitar la identificación del modelo de ecuaciones estructurales. Se convirtió posteriormente el diagrama de relaciones causales a un grupo de ecuaciones estructurales y se establecieron las medidas del modelo de medición. Se calculó el coeficiente estructural para cada ecuación incluyendo el término error, que representa la suma de los efectos debidos a errores de especificación o errores en la medición, se propusieron hipótesis sobre las correlaciones entre los constructos o variables y se evaluó su significancia estadística.

Del paso anterior se seleccionó el tipo de matriz a utilizar y se estimó el modelo propuesto, se identificaron posibles problemas o errores que presentaba el modelo al comparar el modelo de la ecuación estructural y el modelo teórico o empírico que lo sustentaba.

Posteriormente, se evaluaron en el modelo las bondades de los criterios de ajuste estableciendo si había errores de varianza negativos o errores de varianza no significativos para cada constructo o variable, si había coeficientes estandarizados que excedían o estaban cerca de 1.0 o si había algún error estándar asociado con algún coeficiente estimado. Finalmente, el modelo elegido se somete a modificaciones para verificar su eficacia explicativa o su bondad.

### *Condiciones éticas*

Se hizo el proceso de firma del consentimiento/asentimiento informado para que padres e hijos autorizaran el uso científico de la información, y en los casos en los que se identificara consumo, se les ofreció información general acerca del manejo preventivo del consumo con profesionales al interior de la planta educativa o a través de mecanismos del sistema de salud de cobertura.

## Resultados

En cuanto a los instrumentos aplicados en el estudio con  $n=935$ , los estadísticos obtenidos de confiabilidad fueron elevados (se recomienda un alfa de Cronbach que oscila entre 0.7 y 0.9). Para el Cuestionario de percepción del riesgo y vulnerabilidad percibida con 45 ítems, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.91, igual para el Cuestionario de identificación con el consumo de cigarrillo con 73 ítems (alfa de Cronbach = 0.97), el Cuestionario de motivación-tentación hacia el consumo de cigarrillo de 14 ítems (alfa de Cronbach = 0.96), y el Cuestionario de expectativas hacia el consumo de cigarrillo de 23 ítems (alfa de Cronbach = 0.91). Los resultados descriptivos de los instrumentos pueden observarse en la tabla 1 de manera detallada.

**Tabla 1.** Propiedades psicométricas de los instrumentos aplicados

Nombre del instrumento	Cantidad de ítems	Alfa de Cronbach	Media	DT	Varianza
C4			49.75	36.6	1340.28
Cuestionario de percepción del riesgo	45	0.91	37.3 (R) 50.46 (V)	9.98 36.79	99.6 1353.5
CICC	73	0.97	84.36	54.67	2988.9
Cuestionario de motivación-tentación consumo de cigarrillo	14	0.96	22.71	13.58	184.51
CEC	23	0.91	2.33	4.07	16.57

Nota: CICC (Cuestionario de Identificación con el Consumo de Cigarrillo); CEC (Cuestionario de expectativas hacia el consumo de cigarrillo). (R) Riesgo, (V) Vulnerabilidad.

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas, las personas que no consumen cigarrillo fueron 624 (409 hombres y 216 mujeres), las que presentan un consumo moderado son 160 (86 hombres y 74 mujeres), alto consumo 140 personas (55 hombres y 85 mujeres), y las que presentaron dependencia fueron 10 (4 hombres y 6 mujeres). La distribución obtenida se puede observar con detalle en la tabla 2.

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos obtenidos de las variables sociodemográficas y puntuaciones por cuestionario de consumo de cigarrillo

Variable	Valor	N	%	Consumo C4			
				No consumo /Bajo	Moderado	Alto o "heavy"	Dependencia
Género	Hombres	554	59.3%	409	86	55	4
	Mujeres	381	40.9%	216	74	85	6
	Total	935	100%	624	160	140	10

Nota: C4 (Cuestionario de consumo de cigarrillo).

## Análisis correlacional y pruebas de hipótesis

En el establecimiento de correlaciones entre las variables sociodemográficas, el riesgo, la vulnerabilidad percibida y en nivel de consumo, se encontraron entre las variables analizadas niveles de significancia al  $p < .05$  y  $p < .01$ . En la tabla 3 se pueden observar las correlaciones significativas altas ( $p < .01$ ) positivas entre el nivel del consumo y motivación-tentaciones 0.589, expectativas consumo cigarrillo 0.460; y significativas medias ( $p < .01$ ) con identificación con consumo de cigarrillo 0.371 y la vulnerabilidad percibida abuso cigarrillo 0.282. Otra correlación significativa alta ( $p < .01$ ) positiva fue encontrada entre expectativas consumo cigarrillo y motivación-tentaciones 0.549, una significativa media ( $p < .01$ ) positiva entre motivación tentación consumo cigarrillo y vulnerabilidad percibida abuso cigarrillo 0.353, y unas significativas bajas ( $p < .01$ ) positivas, a tener en cuenta, entre expectativas consumo cigarrillo y vulnerabilidad percibida abuso cigarrillo 0.265, y entre vulnerabilidad percibida abuso cigarrillo y riesgo percibido de abuso cigarrillo 0.253\*\*.

Tabla 3. Correlaciones entre variables según niveles de consumo de cigarrillo

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Edad	-							
2. Riesgo percibido de abuso cigarrillo	-0.027	-						
3. Vulnerabilidad percibida abuso cigarrillo	0.034	0.253**	-					
4. Identificación con consumo de cigarrillo	-0.079*	0.160**	0.104**	-				
5. Consumo de cigarrillo	-0.017	0.036	0.049	0.038	-			
6. Motivación tentación consumo cigarrillo	0.032	0.174**	0.353**	0.260**	0.089**	-		
7. Expectativas consumo cigarrillo	-0.009	0.157**	0.265**	0.191**	0.089**	0.549**	-	
8. Nivel de consumo cigarrillo	0.074*	0.151**	0.282**	0.371**	0.974**	0.589**	0.460**	-

Nota: \* p<.05; \*\* p<.01.

## Modelo predictivo

La figura 1 representa el modelo predictivo, resultado del análisis de datos en la población de adolescentes universitarios en relación a la identificación con el consumo y la percepción del riesgo, con el uso de modelos de ecuaciones estructurales que permiten la inclusión de variables dicótomas como el género. El Chi cuadrado indica que no existen diferencias entre el modelo propuesto y el modelo resultante, por ello se toma un valor bajo como un buen indicador de ajuste. La varianza explicada del modelo es del 41%, lo cual resulta aceptable en los estudios realizados en ciencias sociales. Las variables incluidas en el modelo, cada una con peso de regresión, son: percepción del riesgo (39%), identidad (33%) y género (24%); adicionalmente, en la variable percepción del riesgo se incluyen las variables expectativas (45%), vulnerabilidad percibida (39%) y nivel de riesgo (33%).

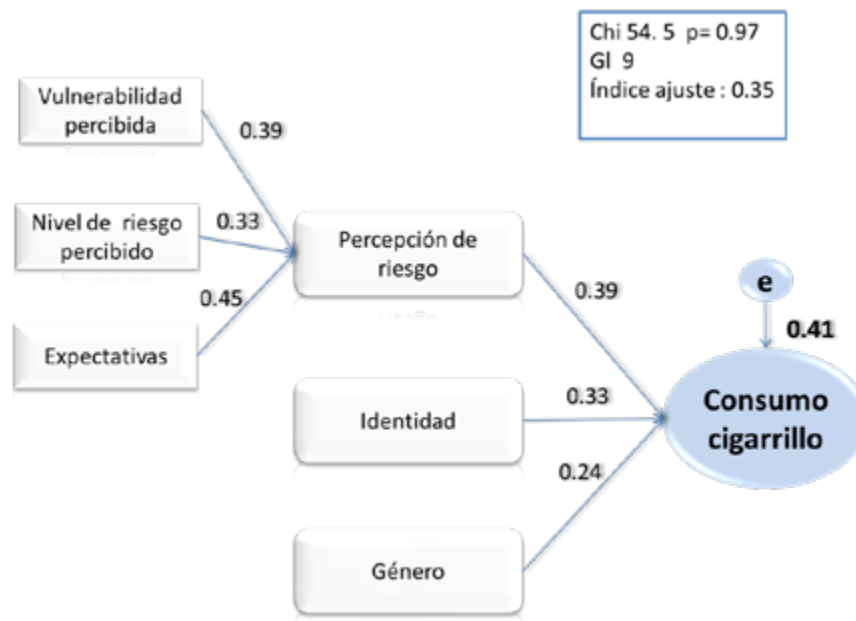


Figura 1: Modelo predictivo de identificación como fumador (identidad), percepción del riesgo y consumo de cigarrillo en adolescentes universitarios. El Chi<sub>2</sub> fue de 54.5 con un p de 0.97 y gl:9 se considera que este modelo está ajustado a los datos.

Aunque en el modelo inicial del presente estudio no se consideró que la variable sexo estuviera incluida en el modelo, en los análisis se encontró que esta aportaba más adelante a la varianza explicada de la conducta de consumo de cigarrillo en la población, lo que se discutirá en el apartado siguiente.

## Discusión

Los resultados permitieron identificar una relación entre las expectativas hacia el consumo de cigarrillo y los niveles de consumo que indica que, a mayores expectativas con respecto al consumo de cigarrillo, mayor fue el nivel de consumo. Al respecto, mencionan Doran, Sanders, Bekman, Worley, Monreal, McGee, Cummins, & Brown, S. (2011) que aquellos adolescentes que reportan mayor propensión a ser “buscadores de sensaciones”, también fueron más propensos a ser fumadores; los adolescentes evidencian entonces niveles más altos de “búsqueda de sensaciones”, pero niveles más bajos tanto de percepción del riesgo como de los efectos negativos de la sustancia. Modelos teóricos como los modelos cognitivo-sociales coinciden en relacionar la conducta de fumar y la baja percepción del riesgo. Establecen que las creencias acerca de las consecuencias del propio comportamiento pueden predecir o no la emisión de la conducta (Morrell, Song, & Halpern-Felsher, 2010).

Los resultados nuevamente alertan acerca de las acciones actualmente adelantadas en torno a la prevención del consumo de cigarrillo en esta población, ya que los adolescentes con mayor propensión a “buscar sensaciones” y tener menor percepción del riesgo, suelen ser también menos atentos a los mensajes de prevención relacionados con los riesgos de fumar, por lo tanto, es menos probable que asuman el mensaje de que fumar es perjudicial para la salud (Doran et al., 2011).

El nivel de consumo de los adolescentes no solo depende de la percepción de los riesgos; se identifica además una correlación positiva entre el nivel de consumo y la motivación-tentación reportada, que indica que a mayor tentación y motivación de consumo mayor será el nivel de consumo de cigarrillo; ya que atribuyen a la nicotina efectos relajantes y tranquilizadores. En esta misma línea Guo, Unger y Johnson (2012) hallaron que expectativas de consumo asociadas a la curiosidad, a percibirse autónomos, a mantener una imagen social y mejorar la capacidad de comprensión eran frecuentes en adolescentes chinos.

Las expectativas del consumo propio reportadas por los adolescentes se diferencian por sexo, pues la motivación-tentación era más alta en hombres que en mujeres. Acordes con estos resultados, Simantov, Shoen y Klein (2000) encontraron que las mujeres fumadoras reportan fumar más frecuentemente para aliviar el estrés y ayudar a mantenerse delgadas; y que los hombres reportan fumar más frecuentemente para sentirse “cool”.

Estos resultados están asociados también con los hallazgos de Carpenter, Garret-Mayer, Vitoc, Cartmell, Biggers, y Alberg. (2009), quienes identificaron que para la población adolescente tener una visión favorable del consumo de cigarrillo puede ser un factor que influye de manera importante en la progresión del consumo casual al consumo denominado heavy y dependiente, debido a que aquellos adolescentes fumadores actuales fueron más propensos a creer que los fumadores tienen más amigos, son más cool, que consumirán por poco tiempo y cesarán antes de la aparición de las posibles consecuencias. También observaron que dichos adolescentes fueron menos propensos a creer que el tabaco es tan adictivo como otras drogas y no creen que fumar pocos cigarrillos al día pueda ser dañino para su salud.

Es decir, entre más altas son las expectativas hacia el consumo, mayor tentados y motivados están los adolescentes de la muestra a fumar; al respecto explican Hertel y Mermelstein (2012) que identificarse o no como fumador influye en la capacidad de autorregular el comportamiento; así, en los adolescentes con mayor identidad como fumadores, ocurre una disminución en la capacidad de inhibir el deseo de fumar y la merma de la auto-eficacia percibida.

Los niveles de consumo se relacionaron también con el riesgo y la vulnerabilidad percibida e indican que entre mayor era el consumo de cigarrillo, mayor riesgo y vulnerabilidad perciben los adolescentes de la muestra ante los daños por fumar. Además, se encontró una correlación entre los niveles de consumo y la identificación con el propio consumo; es decir, los adolescentes de la muestra con mayor nivel de consumo tienen mayor identificación como fumadores, como explican Hertel y Mermelstein (2012), a través de la relación entre altos niveles de identidad como fumador, la conducta de fumar y las expectativas y motivaciones del consumo.

De la misma manera, los riesgos percibidos y la vulnerabilidad se relacionan con el nivel de consumo; es decir, para los adolescentes de la muestra, mantener un bajo consumo (fumar pocos cigarrillos o hacerlo de manera ocasional) no representa un riesgo tan alto como el de las personas que tienen mayor consumo que el percibido por sí mismo. Afirman Lee y Halpern-Felsher (2011) que los adolescentes definen lo que es un fumador y lo que implica fumar de manera muy diferente a como se hace desde las definiciones clínicas basadas en la investigación. Dichos adolescentes describen al menos ocho tipos de fumadores y hacen la clasificación desde su propia experiencia con el consumo.

La clasificación que los adolescentes establecen del nivel de consumo se relaciona con el control percibido de su conducta y la adicción a la nicotina, relación desde la cual los adolescentes actualmente fumadores reportaron que un fumador es la persona que necesita del cigarrillo y que fuma muchos cigarrillos al día; al contrario, los adolescentes no fumadores afirman que quien fuma es la persona que no logra manejar sus emociones en situaciones estresantes.



La relación encontrada entre la percepción de bajo consumo que reportan los adolescentes y no identificarse a sí mismos como fumadores es explicada por Lee y Halpern-Felsher (2011) y Velasco, Londoño, Forero, Romero y Ruíz (2017), quienes hallaron que los adolescentes fumadores asocian frecuentemente de forma errónea la adicción a la nicotina con una alta frecuencia de consumo y cantidad de cigarrillo. Los autores encontraron que el 73% de los adolescentes identificaron como adictos a quienes habían fumado por un par de años o más.

## Identidad, riesgo percibido y consumo

Los análisis estadísticos indicaron que el factor percepción del riesgo es la variable con mayor relación predictiva de la conducta de consumo de cigarrillo en adolescentes universitarios, lo que podría explicarse por el hecho de que esta población presenta sesgos en el procesamiento de la información referida a los riesgos, creencias de invulnerabilidad a los daños causados por su comportamiento y una dificultad para predecir con éxito las consecuencias de su conducta (Berg et al., 2009; Castellanos y Londoño, 2017).

Como se discutió anteriormente, otro factor relacionado con esta percepción del riesgo es la valoración de la salud, dado que los adolescentes que se sienten saludables suelen tener una menor percepción del riesgo, aumentando a su vez la baja vulnerabilidad personal que reconocen. Es decir, quienes se sienten más saludables suelen tener menores cuidados y perciben una menor probabilidad de daño, articulando la percepción del riesgo con los factores vulnerabilidad percibida y expectativas de consumo.

Morrell et al. (2010) explican esta relación afirmando que los adolescentes que reportan tener una baja percepción del riesgo, incluido el de cáncer de pulmón, mortalidad e incluso vincularse con conductas peligrosas, además de tener una percepción mayor de los beneficios de fumar, se vinculan frecuentemente con el consumo de cigarrillo.

La relación predictiva del consumo de cigarrillo entre variables, como baja vulnerabilidad percibida, bajo riesgo percibido y expectativas positivas del consumo, puede explicarse porque cuando se emite una conducta de riesgo es debido a la búsqueda de una consecuencia positiva que se obtiene inmediatamente y la negación de las negativas que se dan a largo plazo. Esto disminuye el nivel de riesgo percibido, por ello los adolescentes que se relacionan con conductas de riesgo o conductas poco saludables, reportan que es más probable que obtengan los beneficios esperados asociados con la conducta que los negativos (Morrell et al., 2010; Castellanos y Londoño, 2017).

Cabe anotar que aunque no se evaluó el aspecto temporal del riesgo percibido, en estudios previos Morrell et al. (2010) encontraron que la percepción del riesgo a corto y a largo plazo por el consumo de cigarrillo disminuye con el tiempo, lo cual indica la correspondencia existente entre la percepción de salud y la percepción del riesgo, tal como indican a su vez los datos de la encuesta realizada por Profamilia en el año 2010, en la cual los adolescentes reportaron tener una excelente salud, mientras que las personas entre 30 y 40 años percibieron más deterioro, son más conscientes de los daños, se perciben así mismos como menos funcionales y por ende, tienen una mayor percepción del riesgo ante conductas como el consumo de cigarrillo y mayor percepción de vulnerabilidad a los daños. Tema que amerita ser estudiado en el campo de consumo de cigarrillo.

La segunda variable con mayor valor predictivo en el modelo fue la identidad; reconocida a partir de la segunda fase como el grado de identificación con el consumo de cigarrillo, dado que es en la adolescencia cuando se desarrolla en gran parte el autoconcepto. Esta relación puede ser explicada desde los planteamientos de Hertel y Mermelstein (2012), quienes afirman que una persona puede desarrollar una identidad como alguien que emite una conducta, de tal manera que es internalizada como un aspecto que define a esa persona; por ejemplo, ser deportista o ser fumador, independientemente que sea evaluado como positivo o negativo. Esta identidad se desarrolla de manera gradual y a través de la emisión repetida de la conducta y es reforzada su identidad por otros, por la publicidad, por ejemplo, además de considerarse como una característica distintiva.

Es por esta razón que los adolescentes con bajos niveles de consumo o consumo no diario no se identifican a sí mismos como fumadores, dado que esta conducta no es emitida con una frecuencia regular ni tiene un patrón definido que les permita verse a sí mismos a través de su comportamiento; fumar no es interiorizado por ellos como un comportamiento que los describa como personas, no lo identifican como parte de su autoconcepto (Hertel & Mermelstein, 2012).

Sumado a lo anterior, identificarse como fumador se relaciona directamente y tiene una influencia en la escalada en el consumo; es decir, entre mayor identificado como fumador sea, mayor será el nivel de consumo (Castellanos y Londoño, 2017; Berg et al., 2009; Hertel & Mermelstein, 2012; Velasco et al., 2017). La identificación con el consumo tanto de fumadores, como de no fumadores permite predecir la intención de cesación del consumo, por lo tanto, evaluar la identidad de fumador puede ayudar a identificar aquellas personas en riesgo de escalada y para quienes una intervención sería más beneficiosa. Hertel y Mermelstein (2012) proponen como estrategia de intervención y/o prevención el refuerzo de otras identidades incompatibles como la identidad de no fumador o la identidad de adolescente saludable.

La literatura referente a la relación entre identificación con el cigarrillo y nivel de consumo, además de referir las valoraciones, atribuciones y expectativas del adolescente ya discutidas previamente, también hace referencia al contexto social, explicando que los comportamientos sociales, tales como el consumo de cigarrillo,

se relacionan con el mantenimiento de los atributos personales percibidos, como ser cool, que se asocian más frecuentemente con este comportamiento (Morrell et al., 2010). Es decir, las prácticas, normas y acuerdos sociales alrededor del consumo de cigarrillo facilitan una identificación con el consumo cuando la conducta es emitida frecuentemente y en asociación a ese contexto social.

La cercanía entre los factores percepción del riesgo e identidad puede estar sugiriendo una conexión entre la percepción del propio consumo y la percepción del consumo de pares o del grupo de referencia, además de procesos individuales de aprendizaje y las creencias referidas a las capacidades para predecir las consecuencias del comportamiento, lo que sugiere, como explican Berg et al. (2009) y Castellanos y Londoño (2017), que los fumadores que niegan serlo o que no se identifican como tal, pueden no percibir los riesgos de fumar como personalmente relevantes.

Al respecto Morrell et al. (2010) explican que los adolescentes pueden modificar sus percepciones acerca del riesgo para resolver la disonancia cognitiva entre sus creencias previas (antes de probar el cigarrillo) y el hecho de que su experimentación con el tabaco no es coherente con esas creencias, lo que lleva a flexibilizar sus valoraciones con respecto a los riesgos y a maximizar la percepción de invulnerabilidad ante los daños, afectando al tiempo la forma de verse a sí mismos con respecto a su consumo.

En el modelo presentado, el sexo resultó ser también una variable predictora de la conducta de consumo de cigarrillo en adolescentes universitarios que, como se mencionó en el apartado anterior, no se consideró en el modelo inicial pero se incluye en el modelo de ecuaciones estructurales dados los antecedentes empíricos como los hallados por Meneses, Markez, Romo, Uroz, Rúa, y Laespada (2013), Da Silva y Leite (2010), Campo-Arias, Ceballos y Herazo (2009), Velasco et al. (2017) quienes reportan una mayor prevalencia de consumo de cigarrillo en adolescentes hombres que en mujeres.

El segundo estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria (Comunidad Andina, 2012) hace evidentes también las diferencias en el nivel de consumo entre hombres y mujeres, en razón de dos a uno; es decir, hay dos hombres fumadores por cada universitaria que fuma. Las medidas de percepción del riesgo también resultaron diferentes para hombres y para mujeres, siendo mayor en las mujeres (82.9% de las mujeres percibieron gran riesgo en el uso frecuente del tabaco), que en los hombres (77% percibe gran riesgo por el uso frecuente del tabaco). Es decir, los hombres consumen más, pero perciben menor riesgo al hacerlo.

Estas relaciones pueden explicarse desde la percepción que tienen los adolescentes universitarios de su nivel de salud, del autoconcepto y de la valoración de capacidades que, como afirman Padilla Carmona, García Gómez y Suárez Ortega (2010) y López-Barajas, Ortega, Valiente y Zagalaz (2010), resulta diferente en hombres y mujeres, dado que los adolescentes hombres tienen mejor percepción de autoconcepto físico

que las mujeres, quienes se caracterizan por tener una mayor exigencia en su apariencia y menos satisfacción corporal. Esto explicaría que las mujeres perciban un mayor riesgo y, por ende, tengan más comportamientos protectores de la salud que los hombres, quienes más probablemente se vincularían con comportamientos de riesgo como el consumo de cigarrillo.

Los hombres suelen percibir más frecuentemente un estado de salud excelente, muy buena o buena en mayor proporción que la de las mujeres, en tanto que estas perciben más su salud como regular o mala (Profamilia, 2010). Adicionalmente, Urrutia, Azpillaga, Cos y Muñoz (2010) encontraron que los adolescentes hombres se vinculan más con actividad física y perciben un mejor estado de salud que las mujeres. Los jóvenes relacionan tener un buen estado de salud con una buena percepción de su imagen corporal.

En el caso del consumo de cigarrillo, Morrell et al. (2010) explican que los hombres adolescentes presentan mayores niveles de beneficios percibidos que las mujeres, aunque presentan también niveles equitativos de riesgo tanto a corto como a largo plazo.

Finalmente, los resultados del presente estudio indican que la combinación de factores como tener una baja percepción del riesgo, no identificarse a sí mismo como un fumador y pertenecer al sexo masculino pueden ser considerados predictores potentes del nivel de consumo de tabaco en jóvenes y adolescentes.

## Limitaciones y futuras direcciones

Existen tantos aspectos sociales, económicos y personales de la vida de los adolescentes que impactan el proceso de instauración del consumo de cigarrillo que los alcances de este tipo de estudios tienen importantes limitaciones para lograr el mayor nivel predictivo posible; por ejemplo, este estudio podría haber considerado otras variables como el ambiente social, educativo y familiar de consumo y los riesgos a corto y largo plazo percibidos por los fumadores. Por tanto, es necesario realizar nuevas investigaciones que incluyan metódicamente algunos de los aspectos antes mencionados.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

## Referencias

- American Cancer Society. (2015). *Cáncer facts & figures*. Atlanta, Georgia: American Cancer Society. Recuperado de <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2015/cancer-facts-and-figures-2015.pdf>
- Berg, C., Lust, K., Sanem, J., Kirch, M., Rudie, M., Ehlinger, E., Ahluwalia, J., & An, L. (2009). Smoker self-identification versus recent smoking among college students. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 333-336. DOI: 10.1016/j.amepre.2008.11.010
- Bird Y., Moraros, J., Olsen, L. K., Forster-Cox, S., Staines-Orozco, H., & Buckingham, R. W. (2007). Smoking practices, risk perception of smoking and environmental tobacco smoke exposure among 6th-grade students in Ciudad Juarez, México. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(2), 195-203. DOI: 10.1080/14622200601078533
- Campo-Arias, A., Ceballos, G., y Herazo, E. (2009). Consumo de cigarrillo en estudiantes de una ciudad de Colombia: Factores asociados por género. *Revista de Salud Pública* 11(4), 601-612. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a11.pdf>
- Carpenter, M., Garret-Mayer, E., Vitoc, C., Cartmell, K., Biggers, S., & Alberg, A. (2009). Adolescents nondaily smokers: Favorable views of tobacco yet receptive to cessation. *Nicotine and Tobacco Research*, 11(4), 348-355. DOI: 10.1093/ntr/ntp023

- Castellanos, P., y Londoño, C. (2017). Identidad de consumo y riesgo percibido en fumadores adolescentes universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(1) 11-30.  
Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/327441>
- Comunidad Andina. (2012). *II Estudio epidemiológico andino sobre consume de drogas en la población universitaria*. Informe Regional. Secretaría general de la comunidad andina, proyecto PRADICAN. Recuperado de [http://www.comunidadandina.org/StaticFiles/20132718338Informe\\_Regional.pdf](http://www.comunidadandina.org/StaticFiles/20132718338Informe_Regional.pdf)
- Da Silva, M y Leite, M. (2010). Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2). Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_17.pdf)
- Doran, N., Sanders, P., Bekman, N., Worley, M., Monreal, T., McGee, E., Cummins, K., & Brown, S. (2011). Mediating influences of negative affect and risk perception on the relationship between sensation seeking and adolescent cigarette smoking. *Nicotine and tobacco research*, 13(6), 457-465. DOI: 10.1093/ntr/ntr025
- Guo, Q., Unger, J., & Johnson, A. (2012). Do cognitive attributions for smoking predict subsequent smoking development? *Addictive behaviors*, 37(3), 273-279. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.11.002
- Hertel, A., & Mermelstein, R. (2012). Smoker identity and smoking escalation among adolescents. *Health Psychology*, 31(4), 467-475. DOI: 10.1037/a0028923
- Lee, J., & Halpern-Felsher, B. (2011). What does it take to be a smoker? Adolescents characterization of different smoker types. *Nicotine and tobacco research*. 13(11), 1106-1113. DOI: 10.1093/ntr/ntr169
- Levinson, A., Campo, S., Gascoigne, J., Jolly, O., Zakharyan, A., & Tran, Z. (2007). Smoking, but not smokers: Identity among college students who smoke cigarettes. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(8), 845-852. DOI: 10.1080/14622200701484987
- Londoño, C., Rodríguez, I., y Gantiva, C. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Diversitas Perspectiva Psicológica*, 7(2), 281-291. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67922761006>
- Londoño, C., y Rodríguez, I. (2007). *Cuestionario de expectativas hacia el cigarrillo* (CEC documento de trabajo). Universidad Católica de Colombia.
- López-Barajas, D., Ortega, F., Valiente, I., y Zagalaz, M. (2010). Estudio comparativo del autoconcepto físico en adolescentes en función del género y del nivel de actividad físico-deportiva. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (17), 38-41. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732283008.pdf>

- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A., y Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista Asociación Española de Neuropsicología*, 33(119), 525-535. DOI: 10.4321/S0211-57352013000300005
- Morales, J., Moya, M., Gaviria, E., y Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social* (3ª ed.). Madrid: Mc Graw Hill.
- Morrell, H., Song, A., & Halpern-Felsher, B. (2010). Predicting adolescent perception of the risk and benefits of cigarette smoking: a longitudinal investigation. *Journal of Health Psychology*, 29(6), 610-617. DOI: 10.1037/a0021237
- Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. (2000). Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*, 154(10), 1025-1033. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11030855>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85382/WHO\\_NMH\\_PND\\_13.2\\_spa.pdf;jsessionid=66A2C675BFB7FE880F2BB6BAD628E3AC?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85382/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf;jsessionid=66A2C675BFB7FE880F2BB6BAD628E3AC?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Padilla Carmona, M., García Gómez, S., y Suárez Ortega, M. (2010). Diferencias de género en el autoconcepto general y académico de estudiantes de 4º de ESO. *Revista de Educación*, (352), 495-515. Recuperado de [http://www.revistaeducacion.educacion.es/re352/re352\\_22.pdf](http://www.revistaeducacion.educacion.es/re352/re352_22.pdf)
- Profamilia. (2010) *Encuesta Nacional del Estado de Salud de la Población – ENDS*. Colombia. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-2010.pdf>
- Urrutia, S., Azpillaga, I., Cos, G., y Muñoz, D. (2010). Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica físico deportiva y la imagen corporal en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10(2), 51-56. Recuperado de <https://revistas.um.es/cpd/article/view/111271>
- Velasco Salamanca, M., Londoño Pérez, C., Forero, M. F., Páez, D., Romero, M., y Ruíz, C. (2017). Identidad de consumo, motivos y creencias en jóvenes fumadores y no fumadores colombianos. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 170-192. DOI: 10.21501/24631779.2439

Viscusi, W., & Hakes, J. (2008). Risk beliefs and smoking behavior. *Economic inquiry*, 6(1), 45-59. DOI: 10.1111/j.1465-7295.2007.00079.x

Yeh, H. C., Duncan, B. B., Schmidt, M., Wang NY., & Brancati, FL. (2010). Smoking, smoking cessation and risk for type 2 Diabetes Mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 152(1), 10-17. DOI: 10.7326/0003-4819-152-1-201001050-00005





**ARTÍCULOS DE REVISIÓN TEÓRICA**  
**THEORETICAL REVIEW**

# Aproximaciones conceptuales y prácticas a las adicciones en una muestra bibliográfica

## Conceptual approaches and practices of addictions in a bibliographical simple

Lucas Dávila Cañas\*  
Maricelly Gómez Vargas\*\*

Recibido: 14 de marzo de 2018- Aceptado: 3 de diciembre de 2018 Publicado: 2 de enero de 2019

**Forma de citar este artículo en APA:**

Dávila Cañas, L., y Gómez Vargas, M. (enero-junio, 2019). Aproximaciones conceptuales y prácticas de las adicciones en una muestra bibliográfica. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 89-109. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2728>

“Cabría, también, explorar esta singular epistemología algún día, por ejemplo, cuando el adicto cuestiona lo social tiene siempre razón; tanta, al menos, como se equivoca cuando trata de responder con sus propias alternativas de consumo” (Otero, 2015b, p. 66).

### Resumen

Este artículo presenta los resultados de una revisión bibliográfica realizada para la investigación “Aproximación crítica a la intervención en adicciones en la ciudad de Medellín”. **Metodología:** se realizó un rastreo bibliográfico en las bases de datos EBSCO, Redalyc y Scielo. Los descriptores fueron: adicción, intervención adicciones, intervención psicosocial, tratamiento, adicciones y drogas. Se realiza un análisis categorial que permite identificar las conceptualizaciones de las adicciones respecto a su definición, explicación teórica y su problematización. **Conclusiones:** gran parte de la producción científica revisada alrededor de las adicciones se ha preocupado por la conceptualización de las mismas tomando distancia de la hegemonía del discurso médico, sin desconocer el efecto orgánico que tienen tanto las adicciones químicas como comportamentales. Se evidencia una significativa preocupación por los modos de abordaje e intervención, campo en el cual los diferentes autores consultados se interesan por hacer nuevas propuestas en el tratamiento derivadas de la experiencia investigativa y práctica.

### Palabras clave:

Adicciones; Definición; Explicación teórica; Problematización de las adicciones.

\* Estudiante de la maestría en Intervenciones Psicosociales. Especialista en intervenciones psicosociales. Psicólogo. Joven Investigador Universidad Católica Luis Amigó, Medellín-Colombia. Correo electrónico: [davilac88@gmail.com](mailto:davilac88@gmail.com).

\*\* Magíster en Psicología, docente Universidad Católica Luis Amigó, miembro del grupo de investigación en farmacodependencia y otras adicciones (GIFA), Medellín-Colombia. Correo electrónico: [maricelly.gomezva@amigo.edu.co](mailto:maricelly.gomezva@amigo.edu.co), ORCID: [orcid.org/0000-0002-2389-7821](https://orcid.org/0000-0002-2389-7821).

## Abstract

This article presents the results of a bibliographic review carried out for a research about “the critical approach to intervention in addictions in the city of Medellín “. **The methodology:** a bibliographic search was carried out in EBSCO, Redalyc and Scielo. The descriptors were: addictions, addictions intervention, psychosocial interventions, treatment to addictions and drugs. A categorical analysis was performed to identify the conceptualizations of addictions related to their definitions, the theoretical explanation and its problematization. **Conclusions:** a large part of the scientific output reviewed around addictions has raised some concerns with their conceptualization and have taken some distance from the hegemony of doctors discourse, without ignoring the organic effects that chemical addictions have as well as the behavioral ones. There is a significant worry about the methods, and the intervention approaches, fields in which some of the authors consulted are interested in making new proposals in the treatment derived from the investigative and practical experience.

## Keywords:

Addiction; Definition; Theoretical explanation; Problematization of addictions.

## Introducción

El uso de las drogas ha acompañado al ser humano en sus prácticas religiosas y culturales desde tiempos inmemorables, incluso ha sido usada con fines curativos. En algunos grupos humanos fue empleada como medio para la meditación (Escohotado, 1998), y solo desde hace aproximadamente 50 años el consumo de drogas comenzó a denominarse como toxicomanía, adicción o dependencia, debido al descubrimiento del síndrome de abstinencia (Naparstek, 2014).

Ahora bien, cada una de estas denominaciones tiene unas connotaciones específicas según el momento histórico en la que aparecen. Por ejemplo, a partir de 1960, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el reemplazo del término adicciones por el de dependencia, ya que la primera sería solo una entidad nosológica que podría o no existir, mientras que la dependencia puede pensarse por grados de compromiso. A pesar de ello, el término continúa siendo usado por los profesionales y por la sociedad en general, aunque ya no es una categoría diagnóstica del sistema de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).

De otro lado, para los grupos de autoayuda la adicción es una enfermedad crónica, progresiva y mortal cuya única cura es la abstinencia total (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2003). Esta Institución sugiere que ha habido también una transformación en los indicadores esenciales de la adicción, siendo en principio la tolerancia y el síndrome de abstinencia los que permiten equipararla a la dependencia física, aunque se ha determinado la compulsión al consumo como un mejor signo de este fenómeno.

Además de nombrarse como adicción, dependencia y enfermedad, actualmente ha sido clasificado como un trastorno de acuerdo con las modificaciones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su quinta versión, con el fin de que la suma de unos criterios permita determinar el grado de compromiso, bien sea leve, moderado o severo, eliminando así denominaciones como abuso y dependencia. También se introduce el trastorno de juego dentro de la categoría de los trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos adictivos, dado que en la anterior versión del manual este se encontraba en los trastornos de control de impulsos como juego patológico (Becoña, 2014).

Por otro lado, es necesario señalar que se han concebido teóricamente de manera distinta las adicciones químicas y las comportamentales pero, al ser explicadas como un fenómeno suscrito a un sistema biopsicosocial, pueden tener una etiología común (Griffiths, como se citó en García del Castillo, 2013). No obstante, la literatura científica ha sabido conceptualizar las adicciones a sustancias de una forma exhaustiva y ahora apuesta

por delimitar las adicciones conductuales y sus consecuentes comportamientos de abuso en función de parámetros que están relacionados con la frecuencia, el dinero invertido, la necesidad o compulsión, así como las afectaciones en el desarrollo de actividades de la vida cotidiana, criterios similares a los empleados para evaluar las adicciones químicas (Echeburua; Griffiths; Holden; Lemon como se citaron en García del Castillo, 2013). Finalmente, Márquez y De la Vega (2015) señalan que la categoría adicción ha servido generalmente para referirse a la adicción a las drogas, aun cuando en la actualidad se conoce que algunos hábitos pueden convertirse en adictivos; es decir que esta categoría podría describir en la actualidad no solo las adicciones químicas, sino también las referidas al comportamiento, razón por la cual se privilegiará en este texto el término adicciones.

## Metodología

Se revisaron producciones académicas publicadas entre los años 2007-2017 con el fin de identificar las diferentes conceptualizaciones, definiciones, explicaciones teóricas y la problematización de las mismas, dado que las adicciones son un fenómeno en sí mismo multicausal y por tanto es abordado desde múltiples miradas.

Para tal efecto, es importante revisar las definiciones y explicaciones teóricas de las adicciones, haciendo referencia a las diferentes variaciones que han sufrido conceptualmente las mismas, tanto en el campo del uso de drogas como en las adicciones comportamentales, transformaciones que son señaladas por los autores consultados y que se presentan a continuación.

## Resultados

### Algunas definiciones y explicaciones teóricas sobre la adicción

#### *Perspectiva biomédica de las adicciones*

En las investigaciones alrededor de las adicciones son múltiples las referencias que se encuentran provenientes de la perspectiva biomédica. Ya en Escotado (1998) hay una primera referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1957) en la que se expresa que la adicción es un estado de intoxicación crónica y periódica caracterizada por la compulsión, aumento de la dosis, dependencia psíquica, generalmente física, y con consecuencias para el individuo y la sociedad. Esta concepción de la OMS es tomada también por autores como Gárciga Ortega (2013) y Mercado Maldonado y Briseño Cruz (2014) quienes agregan que las adicciones, además de todo lo anterior, generan un impacto en el cuerpo como consecuencia del hábito, produciendo el síndrome de abstinencia, y vienen acompañadas también de un deterioro orgánico y psíquico de quien las padece.

En este marco general del modelo biomédico se adscriben también las explicaciones soportadas en el paradigma de la vulnerabilidad individual, el cual sostiene la existencia de factores neurobiológicos, genéticos, epigenéticos y psicopatológicos preexistentes que generan vulnerabilidad en las personas y provocan que estas desarrollen comportamientos compulsivos respecto al consumo de sustancias o al juego patológico (Marín Navarrete y Szerman, 2015). Al respecto, García Fernández, García Rodríguez y Secades Villa (2011) y Aguilar Bustos (2012) ya habían sostenido que las variables genéticas pueden condicionar vulnerabilidad ante las adicciones y relacionar los factores neuropsicológicos con las funciones ejecutivas, de modo que si una persona tiene afectaciones en estas funciones, tiene mayor probabilidad de experimentar con drogas. Además, este mismo autor (Aguilar Bustos, 2012) afirma que trastornos psiquiátricos tales como el de ansiedad y el de estrés postraumático son una fuente de estrés que podría desencadenar las conductas adictivas.

Si bien es cierto que estos autores parecen ubicar en un lugar privilegiado los componentes biológicos, Becoña, (2016), haciendo referencia al National Institute on Drug Abuse (NIDA), expresa que también se considera la existencia de factores de riesgo y de protección para la adicción, y reconoce que no hay un solo factor que determine que alguien se vuelva drogadicto. Los factores genéticos solo contribuyen del 40% al 60% en la configuración del comportamiento adictivo como tal.

Adicionalmente a las perspectivas genéticas de las adicciones y con el avance del siglo XX, comienzan a gestarse modelos neurobiológicos que intentan explicar, en términos causales, la adicción como una enfermedad del cerebro, idea que aparece como categoría para tratar de explicar el consumo compulsivo en términos neurobiológicos (Apud y Romaní, 2016), y a partir de la cual fue necesario diseñar e implementar tratamientos eficaces en el ámbito internacional (Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora, 2011). Este movimiento podría ubicarse en lo que Becoña (2016) ha denominado como un hito importante en lo que a las teorizaciones de las adicciones se refiere. En el año 1977 Alan Leshner, para entonces director del NIDA, publica un artículo en la revista *Science* en el cual sugiere que la mejor conceptualización posible de las adicciones sería considerarlas como una enfermedad crónica del cerebro caracterizada por la recaída, propuesta que ha sustentado el modelo matriz para el tratamiento de pacientes adictos (Martí Esquitino, Carballo Crespo, Cárceles Arnau, García Ruíz y Gómez Sánchez, 2012; González Llona, Tumuluru, González-Torres, Gaviria, 2015). De allí también que en los últimos años se haya ido consolidando la idea en el campo médico-psiquiátrico de que la adicción es en efecto una “enfermedad cerebral”, como ya así lo recoge el DSM-5 (Becoña, 2016); adicionalmente, se conserva la idea de que la recaída hace parte del proceso, aunque esta no denota un fracaso en el mismo, mientras que la abstinencia total sigue siendo el objetivo último del tratamiento (Zarza González, Obert, Rawson, Palau Muñoz, Perelló del Río, Sánchez Máñez, y Cortell Cortell, 2010).

### ***La salud pública y algunas posturas psicológicas***

Introducir la categoría de enfermedad para designar el consumo de drogas y asumirlo como un problema de salud pública —lo cual no dista del discurso biomédico al cual ya se hizo referencia—, ha posibilitado que en la actualidad las adicciones se consideren como objeto de estudio y de intervención por parte de la academia, las entidades gubernamentales y el sector privado (Hernández, 2010; Mercado Maldonado y Briseño Cruz, 2014; Alcaldía de Medellín y Fundación Universitaria Luis Amigó, 2015). Situación que se vio reflejada en la ley 1566 de 2012 que determina para Colombia atender el consumo, abuso y adicción como una enfermedad cuyo tratamiento debe ser integral por parte del Estado.

Así mismo, Rojas et al., (2011) sostienen que el consumo de sustancias con potencial adictivo es un problema relevante de salud pública que genera graves consecuencias en los ámbitos individual, familiar y social. Tiene también un efecto en el costo social y económico que cada vez es más alto (Marín-Navarrete, Eliosa-Hernández, Lozano-Verduzco, Fernández-De la Fuente, Turnbull, y Tena-Suck, 2013). A esto se puede sumar, de acuerdo con Salas Blas (2014), que las adicciones psicológicas o comportamentales en su conjunto son reconocidas también como problemas de salud pública, de tipo económico y están relacionadas con cuestiones de moral pública.

En contraposición con los postulados de la salud pública sobre la adicción, se identifican otras posiciones de tipo personalista o psicologiscista que dirigen la responsabilidad del fenómeno a la persona y sus capacidades para responder a la adicción. García del Castillo (2015) ubica el perfil teórico de vulnerabilidad psicosocial proponiendo una serie de factores de riesgo en función del comportamiento de salud y consumo, entre los cuales localiza los bajos niveles o alteraciones en la percepción del riesgo, las estrategias de afrontamiento, las funciones ejecutivas, las habilidades para la vida, la inteligencia emocional y los procesos de identificación a los grupos. Por su parte, Belmonte Steibel, Ruiz-Olivares y Herruzo Cabrera (2016) proponen una perspectiva de las adicciones que sugiere la existencia en la personalidad de elementos suficientes para la predisposición a la conducta adictiva, aclarando que, si bien no es posible afirmar que haya una personalidad adictiva, sí hay características como el patrón de conducta tipo A (PCTA) que predisponen a la vulnerabilidad individual.

En esta perspectiva psicologiscista se podrían ubicar también los planteamientos de Gárciga Ortega (2013) quien, en un intento por demostrar los componentes sociales de la adicciones, no renuncia a la idea de enfermedad. Así pues, indica que las adicciones son una enfermedad crónica que no se transmite biológicamente, pero sí por vía psicosocial, y agrega que en las adicciones hay un sujeto víctima, un enfermo, y que tal estilo de vida trae consigo una disfunción con manifestaciones sintomáticas en los ámbitos físico, social, cultural y espiritual.

Respecto a la psicología humanista, algunas elaboraciones se soportan en la perspectiva existencialista, por ejemplo, la de Cañas Fernández (2013), quien propone una definición de las adicciones como una conducta que hace que las personas se conviertan en esclavas de su propio cuerpo, mente o espíritu, en otras palabras, la adicción consiste en esclavizar al ser humano. Este mismo autor agrega que toda adicción es un intento de huir de uno mismo, como si se diera de manera intermitente un salto hacia el vacío existencial. Al respecto, Martínez Ortiz, Castellanos, Osorio Castaño y Camacho Lee (2015) sostienen que las adicciones responden a un vacío existencial estrechamente ligado a la ausencia o presencia del sentido de vida que los sujetos han construido.

Washton y Boundy (como se citó en Cañas Fernández, 2013) sostienen que la verdadera causa de la adicción reside dentro de nosotros mismos. Por lo tanto, cualquier adicción, sea química o no (a las drogas, al sexo, el juego, la comida, a personas o a la realidad virtual), está en la lógica de llenar un vacío existencial y lo más apropiado para su abordaje sería trabajar en la vía de las causas existenciales, independientemente del modelo terapéutico.



Finalmente, Cañas Fernández (2013) defiende el planteamiento antropológico personalista y de la bioética personalista que reconoce las adicciones como un problema de la salud física, mental y espiritual, y agrega la idea de que las adicciones son una salida errada a la tendencia y necesidad del ser humano de buscar placer, evitar el dolor, los conflictos internos y escapar de la angustia existencial, pero además de la necesidad de trascendencia y de ser feliz.

### ***Aportes del psicoanálisis y otros lugares de enunciación teórica para la comprensión de las adicciones***

Este apartado reúne la perspectiva de autores que se inscriben en lugares de enunciación teórica como el psicoanálisis, la psicología social, la historia, la antropología, la clínica de lo social y la filosofía. Esta conversación entre diferentes perspectivas se da gracias a que en la revisión realizada se identifican hallazgos importantes en la conceptualización que, en lugar de segmentar la comprensión de las adicciones, logran puntos de convergencia altamente significativos.

Es Freud (1930/1992) quien dota de estatuto social a las sustancias psicoactivas, cuando hace referencia a las mismas a modo de quita penas, indicando que son formas de satisfacción sustitutivas y calmantes del malestar producido por la cultura, de tal manera que puedan hacer soportable una vida que ha sido impuesta y que resulta gravosa.

Esta función de la droga es también abordada por Palma (2007) para indicar que la adicción es un estado de dependencia a un objeto y sin el cual la existencia resulta insoportable. Por su parte, Barrios Hernández y González López (2012) agregan que esta pérdida de independencia es producida por dispositivos sociales y culturales a través de los cuales el sujeto siempre elige la droga para resolver sus problemas y ser feliz.

Dicho esto, es evidente que el consumo de drogas trasciende la esfera individual y va más allá de los estados de placer y displacer producido por la sustancia. Si bien es cierto el sujeto conserva algo de responsabilidad frente a la elección de sus modos de satisfacción, el consumo responde a un problema multidimensional y la droga es una especie de paliativo o cura momentánea (Arias y Correa Uribe, 2016).

Cabe señalar también en este punto que existe una explicación ecológica al respecto, la cual concibe el problema del consumo de sustancias como fenómeno integral y problema social que incluye al sujeto, la familia, la comunidad, los sistemas histórico-culturales, políticos, económicos, jurídicos y al propio producto y sus efectos en un individuo que se desarrolla en los anteriores contextos de los cuales a su vez es creador (Moral Jiménez, 2007; Pons y Buelga, 2011).

Por otro lado, Otero (2015b) analiza el consumo de drogas como una modalidad decidida de lo urbano y la primacía de lo tecnológico, es decir, como una de las múltiples modalidades de consumo que denomina como inevitables y que a su vez definen el colectivo modelo social. Ahora bien, el autor permite transitar del consumo de drogas hacia un pensamiento amplio en el sentido de las adicciones en general, pero adicionalmente introduce en lo social una función particular al fenómeno: mientras para los antepasados era una clave que contemplaba lo social, lo armonizaba, actualmente es un síntoma de disfunción social (Otero, 2015b).

La noción de síntoma es también introducida por Staude (2012) para pensarla tanto en lo individual como en lo social, indicando que es la expresión de un malestar de lo que no funciona como se espera. Agrega que las adicciones como síntoma no son solo expresión de un sujeto que sufre, sino que implican un otro social a quien se dirige. De allí que el síntoma requiera un lazo social que lo sostenga, dicho de otra manera, hay contextos y momentos históricos en los que el otro ejerce una presión tanto en la prohibición como en la demanda para consumir, haciendo que aparezcan comportamientos denominados locos como las adicciones en los que el sujeto es el portavoz de un síntoma social de las modalidades imperantes del Otro social (Staude, 2012).

Pensar el papel de lo social en las adicciones permite considerar que hay una estructura común del fenómeno (Palma, 2007). Al respecto, ya se había referido también Ovejero Bernal (2000) cuando señala la complejidad del comportamiento humano que supera los límites de lo físico, lo psíquico y lo social por separado, e indica que en esencia es definitivamente psicosocial. De tal modo, dice el autor, en la base de las adicciones hay algo de este orden y por tal motivo, una persona adicta persigue en última instancia un objetivo psicosocial.

Esta estructura común no está aislada del discurso de la sociedad moderna que constituye sujetos y objetos de manera particular, es decir, nuevas formas de subjetivación en una sociedad de mercado (Palma, 2007). El autor propone también al adicto como el paradigma del malestar de la época, como un síntoma en lo social que está bajo el mandato de goce en el encuentro con objetos para producir y consumir, siendo el sujeto adicto producto del discurso de mercado que lo deja sin opción para elegir y lo conduce al acto.

En esta misma perspectiva de pensamiento se puede ubicar a Fernández (2008) cuando propone que estamos en un modelo de civilización adictiva que moviliza hacia la satisfacción individual, por tal motivo, todo adquiere este mismo estilo y el sujeto queda capturado en una relación directa con el objeto, dependiente,

como ocurre en las drogodependencias. Este modo de civilización posibilita el divorcio con el ideal, prescindir del encuentro con el otro, renunciar al otro social, por lo cual el adicto supone también un cambio del modelo colectivo (Fernández 2008; Otero 2015b).

Dadas estas condiciones, en una época de hedonismo individualista, los lazos sociales se tornan cada vez más precarios. El consumo es el único valor incuestionable que permite que el ansia de dinero, poder, disfrute y consumo sin límites se imponga por encima de todas las cosas, por eso es posible hablar de una sociedad globalmente adictiva (Fernández, 2008; Mercado Maldonado y Briseño Cruz, 2014).

En esta misma perspectiva, ya Lewkowickz (1998) habría propuesto que las adicciones son una institución social que existe gracias a que la subjetividad adictiva también es posible socialmente. Pero añade además que es una instancia universal porque las subjetividades que se constituyen en esta lógica social hacen necesario ese tipo de prácticas. El autor también propone que las adicciones solo existirían en determinados escenarios socioculturales que se caracterizan por un lazo social específico, hegemonías de delimitación de las patologías y operatoria social de dispositivos de cura de las patologías instituidas. Así pues, las adicciones dejan de ser del dominio exclusivo de lo natural o biológico y pasan al terreno de lo cultural, la política, los intereses sociales y económicos (Apud y Romaní, 2016).

De otro lado, es importante hacer mención de las adicciones como un constructo social en tanto es lo social lo que determina qué es o no una enfermedad y por tanto, lo sustenta y soporta como sistema. Otero (2015a) afirma que el diagnóstico es aportado e impuesto por lo social antes que ser clínico y previo a toda demostración científica. Finalmente, Becoña (2016) al respecto de las adicciones va a sostener que la enfermedad es una construcción social, por tanto, las adicciones son una construcción social.

## Discusión

La presentación de este apartado responde a los hallazgos obtenidos a través de los trabajos revisados, los cuales marcan dos tendencias importantes en lo que a la categoría de problematización se refiere: de un lado, los cuestionamientos que los autores hacen a la conceptualización de las adicciones, y por el otro, se ubican las interpelaciones respecto al abordaje que se realiza del fenómeno como tal.

Para iniciar, Marín Navarrete y Szerman (2015) indican que será en el siglo XX cuando empiezan a emerger teorías neurobiológicas centradas en la sustancia y los efectos en el sistema de recompensa cerebral para explicar la conducta adictiva; sin embargo, al respecto señalan que hay evidencia de que solo una mínima parte logra desarrollar una conducta problemática o adictiva.

Así pues, lo primero a destacar es que los autores no desconocen la dimensión de lo biológico y los efectos de las sustancias en el organismo, no obstante, consideran que no es la única causa y por tanto, no es posible prescindir de otros elementos como los culturales, sociales y ambientales para explicar el fenómeno solo desde la perspectiva biológica (Becoña, 2016). Justamente es este el cuestionamiento que los autores realizan, pues sugieren que existe un reduccionismo al respecto. Por su parte Apud y Romaní (2016) afirman que pese a que la neurobiología ha tenido que abrirse a modelos biopsicosociales, continúa obstinada en el confinamiento a los límites de los tejidos cerebrales del comportamiento adictivo. Este problema de las explicaciones biomédicas, sumado a las críticas de las disciplinas sociales, ha permitido la emergencia de nuevas formas de pensar que rompen con la idea de la adicción como enfermedad del cerebro.

Romaní (2010) ya había señalado que es más pertinente abordar el fenómeno como un estilo de vida y no solo por los efectos farmacológicos, tal como lo pretende el modelo biomédico, dado que existen mecanismos socioculturales que contribuyen a la construcción del sujeto, de tal modo que sea posible articular los diferentes niveles de comprensión. Cabe mencionar que De Souza, Prado Kantorski, Pereira Vasters y Villar Luis (2011) sostienen que no existe un modelo único capaz de responder satisfactoriamente al fenómeno del uso de drogas. Desde esta misma perspectiva, Ovejero (2000) ya había hecho un señalamiento en el cual propone que las adicciones, cualquiera que estas sean, son un fenómeno complejo que ninguna teoría por sí sola podrá explicar satisfactoriamente, por lo que se requiere un abordaje interdisciplinario pues es inútil la separación entre lo físico y lo psíquico o entre lo individual y lo social. Por lo tanto “exige armas nuevas y teorizaciones audaces, para capturarlo en ese registro diferencial que le da su especificidad indiscutible” (Otero, 2015a, p. 63).

Una perspectiva que se proponga explicar las adicciones desde diferentes niveles de comprensión deberá cuestionar en principio el uso de las categorías adicción o dependencia como enfermedad del cerebro (Apud y Romaní, 2016). Dado que, por ejemplo, una mirada antropológica personalista actual considera que esas aproximaciones son insuficientes, pues priorizan el lugar de la droga sin considerar la realidad compleja de las adicciones (Cañas Fernández, 2013).

Usualmente, el fenómeno se ha analizado desde perspectivas fragmentadas que consideran determinante la sustancia y no comprenden la interacción entre sustancia, individuo y contexto. Una mirada transdisciplinar y multisectorial rescata la relación con los modos de vida, frecuencia, cantidades, significados, rituales y sanciones culturales, adicionalmente introduce perspectivas económicas, sociales, psicológicas y la proximidad a los grupos sociales (Camarotti y Kornblit, 2015).

Galaviz Granados (2015) señala que dos de las condiciones socio-históricas que durante el siglo XX propiciaron el diagnóstico clínico y social del adicto fueron la producción a gran escala de productos para el consumo y la mundialización del comercio, del cual la salud mental no escapa y, por tanto, el carácter patológico del consumo es posible gracias a los especialistas que en este discurso se inscriben. Del mismo modo, Otero (2015b) coincide con que “el incremento de las drogadicciones no sería posible en la actualidad sin el desarrollo de la técnica” (p. 62).

Acorde con lo anterior, Pérez Gómez (2013) considera que no existen explicaciones neurológicas, fisiológicas o genéticas para sostener que la adicción sea una enfermedad y que, por lo tanto, existen varias etiologías de carácter fisiológico, familiar, social, económico y religioso, y aclara que la definición de enfermedad está asociada a situaciones sociales, políticas y económicas de quienes tienen el poder. De otro lado Bishop (como se citó en Escotado, 1998) señala que:

*La prensa médica y la profana han estado corrompiendo de modo deliberado y sistemático a la opinión pública por lo que respecta al vicio de la toxicomanía (...) La falaz pretensión de que la adicción a drogas constituye una “enfermedad” (...) ha sido apoyada y promovida en volúmenes de “literatura” por autoproclamados “especialistas” (Escotado, 1998, p. 494).*

Sumado a esto, señala que tanto la definición como los modos de abordaje de las adicciones no responden a criterios farmacológicos, químicos o siquiera médicos, de tal manera que las conceptualizaciones del término obedecen más a razones de carácter político e ideológico que justificaron la aparición de la legislación prohibicionista, sometiendo así a los expertos a las presiones de las patronales farmacéuticas (Escotado, 1998). Presupuestos similares hace Lewkowicz (1998) cuando se refiere a las adicciones como una evidencia ideológica sin concepto riguroso que parece desbordar la capacidad de comprensión de diferentes disciplinas que se dedican al estudio de las mismas, pues no se trata solo del aumento cuantitativo de la conducta, sino de la institución social de un modo particular de subjetividad. Otero (2016) señala que la aparición de las drogadicciones generó múltiples cuestionamientos, entre los cuales ubica la incapacidad de dar cuenta teóricamente de una problemática desbordada y que, por el contrario, hubo una precipitación de ejercicios desesperados para hacer frente a esta.

La problematización desde esta perspectiva va incluso más allá de indicar que existe un nuevo modo de subjetividad o una civilización adictiva. Lewcovicz (1998) avanza en el análisis del fenómeno y expresa que solo la potencia de la sustancia no podría generar adicción, se requiere de un modo de subjetividad adictiva, por lo tanto “las drogas podían circular sin drogadictos” (p. 5).

En este recorrido se logran identificar señalamientos importantes alrededor del sujeto de las adicciones, un sujeto producto de los discursos que circulan y, por supuesto, en los que se inscribe, de tal modo que estas formas de discurso despojan al sujeto de su responsabilidad frente al deseo, incapaz de comprometerse con sus decisiones e identificado con lugar de objeto y con el discurso que le produce, por tanto, se producen sujetos que pueden considerarse apolíticos (Gallo, 2006; Palma, 2007).

Finalmente, se hallan algunas puntualizaciones alrededor de fenómenos políticos y sociales específicos que, de acuerdo con los autores, se hacen fundamentales para la comprensión de las adicciones. Otero (2015b), por ejemplo, introduce la idea de la necesidad de analizar la pareja narcotráfico–consumidor para lograr encontrar nuevos aportes a la comprensión de la especificidad del fenómeno.

De otro lado, Ovejero (2000) y Camarotti y Kornblit (2015) proponen pensar los procesos de exclusión social, marginación, desigualdad, pobreza y falta de oportunidades como factores asociados a la emergencia de las adicciones, dado que estos empujan a los sujetos a la búsqueda de nuevas formas de construcción de identidad en grupos o ideas. De otro lado, Mercado Maldonado y Briseño Cruz (2014) indican que los sistemas sociales con argumentación científica legitiman lógicas de exclusión social y marginalidad con un trasfondo ideológico y político, como es el caso de las adicciones.

En la segunda vía de la problematización sobre el abordaje de las adicciones, Jaramillo Jaramillo (2010) considera que el tratamiento no puede reducirse, por ejemplo, solo a la desintoxicación, sino que debe comprender una acción trasndisciplinaria; incluso recomienda tener en cuenta los saberes populares para ser incorporados en los tratamientos y lograr la transformación de realidades complejas tanto en el ámbito individual como en el colectivo.

De acuerdo con Palma (2007), existen dos discursos que determinan los modos de acción frente a la problemática, a saber, el discurso médico y el discurso sociológico y jurídico. El primero ordena su accionar a partir de la dependencia fisiológica dejando al sujeto en el lugar de enfermo y el segundo ordena su accionar a partir de la consideración de ser un flagelo social, catalogando al sujeto como un delincuente, víctima o transgresor. Así, las instituciones sociales que se inscriben en uno u otro discurso operan en la lógica de la cura o la readaptación, sanación y control (Palma, 2007).

Los hallazgos sugieren una marcada tendencia por el cuestionamiento de los modelos que procuran la adaptación de los sujetos al contexto social, donde se privilegia la erradicación del consumo y la abstinencia total del objeto, concentrados en la sustancia y no en la subjetividad; estos resultan inoperantes dado que no es suficiente con ello, pues aparece otro objeto en un proceso de mutación (Arias y Correa Uribe, 2016).

Staud (2012) propone que los intentos por aplacar el problema lo convierten luego en un síntoma social y hace énfasis en la función de los equipos terapéuticos llamados a resguardar el síntoma social. Esto responde también a una marcada tendencia de aplicación de estrategias de intervención que procuran la normalización de la conducta y el control, que no dan lugar a la subjetividad y la realidad social que se encuentra en el fondo de la problemática, lo cual implica que la intervención farmacoterapéutica por sí sola encuentra grandes limitaciones en el tratamiento (Díaz-Morán y Fernández-Teruel, 2013; Gracia-Gutiérrez, Díaz-Negrete y Fernández-Cáceres, 2015).

Se encuentran también diversos pronunciamientos por parte de los autores de los trabajos consultados alrededor del uso de la medicación en el tratamiento de las adicciones. Al respecto, Becoña (2016) señala que la creciente invención de nuevas patologías y enfermedades genera la tendencia a la normalización de estas a través del incremento de la medicalización. Otero (2015b) añade a esta línea de pensamiento que para los adictos no es suficiente con suministrarse una dieta que les reequilibre, aun cuando la psiquiatría continúe pensando que “se deba resolver con droga el problema de la droga” (p. 5).

Fernández (2008) considera que la creciente forma de tratamiento de las adicciones a través de la medicalización y la perspectiva biológica está asociada a la propuesta del capitalismo, que usa todo objeto de producción y consumo en la vía de la promesa de la satisfacción plena, empleando recursos psicofarmacológicos como objeto de enfermedad y cura paralelamente.

De otro lado aparecen los cuestionamientos a los dispositivos individuales, aludiendo a la advertencia de Otero (2015b), quien plantea que no se trata de volver sociológico lo psíquico, sino de reconocer lo social en lo clínico. De modo que no es lo mismo atacar las adicciones en el consultorio y hacer caso omiso de estos registros, pues la terapéutica individual no quiere renunciar a su estructura. “Por esta vía accede a la clínica psicológica y psicoanalítica el adicto a las drogas, supuestamente responsable de buena parte de los males de nuestra sociedad toda ella, en cambio, ‘adictivante’” (Otero, 2015b, p. 62).

Otras perspectivas preocupadas por la prevención de las adicciones, dentro de las cuales los autores problematizan los modos de proceder en tanto que, si bien es cierto que las adicciones son un problema que está en aumento en las sociedades, los esfuerzos de los gobiernos no tienen éxito dado que no concentran la intervención en asuntos estructurales en la cultura, ni de fondo, sino que solo adoptan medidas punitivas frente a la problemática (Cañas Fernández, 2013; Tobón, López Giraldo y Ramírez, 2013). Así mismo, el abordaje

integral de las adicciones no solo debe partir de los efectos del fármaco, sino también de los significados de las personas, la forma en que una sociedad define su consumo y las estrategias preventivas, lo cual implica que no puedan abstraerse de esta comprensión las estructuras socioeconómicas, los aspectos psicológicos y los culturales (Camarotti y Kornblit, 2015).

Finalmente, los especialistas tienen la tarea de determinar cuál es el punto que constituye el campo de intervención real, considerando que existen las drogas, pero también nuevas subjetividades inscritas en un modelo de civilización acuciada por las prácticas de consumo de objetos sin límite (Lewkowicz, 1998). Esto marca una diferencia entre las intervenciones situadas en el objeto, aquellas que se centran solo en el sujeto y las proposiciones que ubican lo social en la base del fenómeno, y que configuran un nuevo escenario de intervención. Esta última abre un nuevo camino para la producción de conocimiento e investigación.

## Conclusiones

A partir de este recorrido bibliográfico es posible constatar que, epistemológicamente, las adicciones han sufrido modificaciones a lo largo de la historia, incluyendo unos cambios en los actores allí implicados: el objeto droga, el sujeto, la relación que entre ellos se establece y el sujeto que intermedia en el proceso de intervención. Esto supone una variación en los modos de interacción entre los diferentes actores en cada momento histórico del fenómeno. Cabe señalar que dichas transformaciones derivan en su mayoría de lógicas del poder económico, social y político, más que de los aportes teóricos.

Es posible concluir también que no existe un consenso teórico alrededor de las adicciones y sus modos de abordaje, al mismo tiempo que los autores señalan que no es posible una comprensión satisfactoria de este cuando se realiza desde una sola apuesta teórica, pues este análisis debe hacerse de manera transdisciplinar y multifactorial.

Se puede afirmar también, en lo que respecta a las adicciones químicas y no químicas, que existen grandes dificultades teóricas para establecer límites conceptuales claros y delimitar las características de las adicciones comportamentales que no sea a partir de los conocimientos obtenidos por las adicciones químicas. Así mismo, de acuerdo con las investigaciones revisadas, estas diferencias se han difuminado cuando se considera que lo social está en la base de la subjetividad adictiva. Por tanto, lo fisiológico pierde protagonismo y cualquier objeto del mercado podría engancharse con los sujetos contemporáneos.



Por último, existe una tendencia significativa en los autores de diferentes disciplinas a problematizar el concepto de las adicciones, pero también los modos de intervención que pretenden continuar dando respuesta a este desde los métodos tradicionales, como los dispositivos individuales, la creciente medicalización que privilegia lo biológico, el objeto y el sujeto separado del contexto macrosocial. Modos orientados a la normalización y adaptación de la conducta a un modelo de civilización que promete este objetivo como posible, pero que determina la perpetuación de la insatisfacción y el desborde en el consumo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

## Referencias

- Aguilar Bustos, O. E. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2) 69-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278001>
- Alcaldía de Medellín y Fundación Universitaria Luis Amigó. (2015). *Abordaje integral para la intervención de conductas adictivas. Manual práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la Atención Primaria en Salud*. Medellín: Alcaldía de Medellín-Fundación Universitaria Luis Amigó. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO31052016-manual-bordaje.Integral-intervencion-conductas-adictivas.pdf>
- Apud, I., y Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>

- Arias, F. J., y Correa Uribe, J. E. (2016). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. *El Ágora USB*, 16(1), 231-254. Recuperado de <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/2262>
- Barrios Hernández, Y., y González López, A. D. (2012). La atención psicoterapéutica en el ámbito de las adicciones: Una reflexión desde la ética profesional. *Revista Humanidades Médicas*, 12(2), 192-202. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202012000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200004&lng=es&tlng=es)
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 118-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77846055004>
- Becoña, (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría y de enlace*, (110), 58-61. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803011>
- Belmonte Steibel, G., Ruiz-Olivares, R., y Herruzo Cabrera, J. (2016). Patrón de conducta tipo A y B, y su relación con las adicciones conductuales. *Acción psicológica*, 13(1), 119-128. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344047718011>
- Camarotti, A. C., y Kornblit, A. L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud colectiva*. 11(2). Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v11n2/v11n2a05.pdf>
- Cañas Fernández, J. L. (2013). Psicoterapia y rehumanización de las adicciones. Un modelo para la bioética personalista. *Cuadernos de Bioética*, XXIV(1), 101-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87527461011>
- De Souza, J., Kantorski, L., Pereira, G., y Villar, M. (2011). Red social de adictos al alcohol bajo tratamiento en un servicio de salud mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 19(1), 1-8. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_19.pdf)
- Díaz-Morán, S., y Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de Psicología*, 29(1), 54-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574007>
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza editorial, S.A. Recuperado de <http://tabiblion.com/liber/Libros/Historia%20General%20de%20Las%20Drogas.pdf>

- Fernández, M. (2008). El estilo adictivo de las civilizaciones actuales. En Gómez, R (Presidencia). VII Jornada de la asociación ADAFAD "El ocio juvenil". Conferencia llevada a cabo en las Jornadas de la asociación ADAFAD, Coruña, España. Recuperado de <https://www.adafad.org/index.php/que-hacemos/jornadas>
- Freud, S. (1930/1992). *El malestar en la cultura. Obras completas XXI*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Gallo, H. (2006). Usos de la droga. *Desde el jardín de Freud*, (7), 35-42. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/8365/9009>
- García del Castillo, J. (2013). Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales. *Salud y drogas*, 13(1), 5-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83928046001>
- García del Castillo, J. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*, 15(1), 5-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83938758001>
- García Fernández, G., García Rodríguez, O., y Secades Villa, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 159-165. Recuperado de <http://revele.com.veywww.redalyc.org/articulo.oa?id=77818544005>
- Galaviz Grandados, G. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud colectiva*, 11(3), 367-379. DOI: 10.18294/sc.2015.722
- Gracia-Gutiérrez, S E., Díaz-Negrete, D B., y Fernández-Cáceres, C. (2015). Elaboración metafórica en una intervención narrativoconversacional de tratamiento del uso de drogas. *Revista de Psicología*, 24(2), 1-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26443313010>
- Gárciga Ortega, O. (2013). Las conductas adictivas desde un enfoque social. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 680-687. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n4/rhcm20413.pdf>
- González Llona, I., Tumuluru, S., González-Torres, M., y Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265041410008>
- Hernández, D. C. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 153S-170S. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619869011>
- Jaramillo Jaramillo, C. J. (2010). Aportes de la psicología a la comprensión e intervención de la adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Katharsis*, (10), 127-135. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/189/325>

- Lewkowickz, I. (1998). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En J. Dobón, y G. Hurtado (Comps.), *Las drogas en el siglo ... ¿Qué viene?*, (pp. 1-11). Buenos Aires: Fundación Acción para la Comunidad. Recuperado de <http://www.ricardobur.com.ar/biblioteca/Lewkowicz%20-%20Subjetividad%20adictiva,%20un%20tipo%20psicosocial%20insti-tuido.pdf>
- Ley 1566 de 2012. 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. 31 de julio de 2012. Congreso de Colombia. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley\\_1566.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf)
- Marín-Navarrete, R., Eliosa-Hernández, A., Lozano-Verduzco, I., Fernández-De la Fuente, C., Turnbull, B., y Tena-Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud mental*, 36(5), 393-402. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252013000500007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500007&lng=es&tlng=es)
- Marín Navarrete, R., y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(6), 395-396. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.60
- Márquez, S., y de la Vega, R. (2015). La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutrición hospitalaria*, 31(6), 2384-2391. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309238516006>
- Martí Esquitino, J., Carballo Crespo, J., Cárcelos Arnau, I., García Ruíz, A., y Gómez Sánchez, R. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el modelo matrix en un centro público: un estudio piloto. *Salud y drogas*, 12(2), 253-272. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965005>
- Martínez Ortiz, E., Castellanos, C., Osorio Castaño, C., y Camacho Lee, L. (2015). Efectos de la logoterapia sobre los recursos personales de las personas con adicción. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XXIV(3), 231-241 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946988005>
- Mercado Maldonado, A., y Briseño Cruz, P. D. (2014). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios Públicos*, 17(39), 137-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67630574008>
- Moral Jiménez, M. V. (2007). Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. *Revista Española de Drogodependencia*, 32(3), 250-291. Recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v32n3\\_1.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v32n3_1.pdf)

- Naparstek, F. (2014). *Conferencia Seminario clínica de las adicciones*. Chile: CEIP/ALP. Recuperado de <http://marioelkin.com/blog-clinica-de-las-adicciones-fabian-naparstek/>
- Otero, J. (2015a). *El consumo de drogas*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/282769290\\_EL\\_CONSUMO\\_DE\\_DROGAS](https://www.researchgate.net/publication/282769290_EL_CONSUMO_DE_DROGAS)
- Otero, J. (2015b). Reposición de la pareja cuerpo alma en el drogadicto. *Revista de la Universidad Nacional de Colombia* (22), 62-67. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/41068/1/12104-30667-1-PB.pdf>
- Otero, J. (2016). *Vacuolas maquicas, las drogadicciones a la luz de la propuesta clínica de lo social*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/306097724\\_VACUOLAS\\_MAQUICAS\\_LAS\\_DROGADICCIONES\\_A\\_LA\\_LUZ\\_DE\\_LA\\_PROPOSTA\\_CLINICA\\_DE\\_LO\\_SOCIAL](https://www.researchgate.net/publication/306097724_VACUOLAS_MAQUICAS_LAS_DROGADICCIONES_A_LA_LUZ_DE_LA_PROPOSTA_CLINICA_DE_LO_SOCIAL)
- Ovejero Bernal, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Psychosocial Intervention*, 9(2), 199-215. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818249008>
- Palma, C. (2007). La sociedad de los adictos. *Desde el Jardín de Freud* (7), 219-236. Recuperado de [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/drogas\\_tratamiento\\_psicoanalisis.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/drogas_tratamiento_psicoanalisis.pdf)
- Pérez Gómez, A. (2013). *Drogas, "adicciones" y otros asuntos humanos*. Bogotá, D.C.: Corporación Nuevos Rumbos. Recuperado de <http://nuevosrumbos.org/wp-content/uploads/2014/07/Adicciones.pdf>
- Pons, J., y Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94. DOI: 10.5093/in2011v20n1a7
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., y Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351-365. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221317008>
- Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencias y "problema de la droga" en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, 17(49), 83-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35117055006>
- Salas Blas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura: Revista de la asociación de docentes de la USMP*, 28, 111-146. Recuperado de [http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU\\_28\\_1\\_adicciones-psicologicas-y-los-nuevos-problemas-de-salud.pdf](http://www.revistacultura.com.pe/revistas/RCU_28_1_adicciones-psicologicas-y-los-nuevos-problemas-de-salud.pdf)

- Staude, S. C. (2012). La complejidad del síntoma en las adicciones. *Desde el Jardín de Freud*, (12), 257-266. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/36142>
- Tobón, F., López Giraldo, L., y Ramírez, J. (2013). Acompañamiento psicosocial a jóvenes marginados para prevención de la farmacodependencia. *Humanidades Médicas*, 13(2), 348-371. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v13n2/hmc05213.pdf>
- Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. (2003). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de [https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf)
- Zarza González, M., Obert, I., Rawson, R., Palau Muñoz, C., Perelló del Río, M., Sánchez Máñez, A., y Cortell Cortell, C. (2010). Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. *Revista española de drogodependencias*. 36(1), 27-48. Recuperado de <http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/47515/3599711.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

# Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo

## Description of the intention to consume drugs. A vision from typology, cognition, neuropsychology and development

Oscar Armando Erazo Santander\*

Recibido: 18 de septiembre de 2018- Aceptado: 8 de febrero de 2019-Publicado: 9 de febrero de 2019

**Forma de citar este artículo en APA:**

Erazo Santander, O. A. (enero-junio, 2019). Descripción de la intención para consumir drogas. Una visión desde la tipología, cognición, neuropsicología y desarrollo. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 110-148. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3161>

### Resumen

La adicción es considerada como una enfermedad mental y una pandemia de difícil prevención e intervención, que tiene consecuencias en el sistema nervioso central y el desarrollo de la personalidad. Ataca al 16% de adolescentes que inician el consumo en esta etapa y tiene un registro de aumento del 60% en Sur América. Hechos que han llevado a intervenir el fenómeno desde modelos políticos y económicos basados en la premisa de la oferta y la demanda. En más de tres décadas, la intervención de la oferta deja resultados ineficientes con un aumento en la producción y el consumo; la intervención de la demanda se ha enfocado en dos escuelas. La primera explica el consumo, la enfermedad y sus consecuencias desde paradigmas neurológicos; y la segunda explica las condiciones que llevan al consumo, pero con resultados no concluyentes. Por esta razón, se hace una propuesta descriptiva que referencia una variable cognitiva (intencionalidad y teoría de la conducta planificada) y otra neuropsicológica (funciones ejecutivas) como intervinientes en la posible decisión de consumir una droga en la adolescencia.

### Palabras clave:

Adolescencia; Cognición; Elección para consumir drogas.

\* Magíster en Neuropsicología, Universidad de Popayán, (Popayán-Colombia). Correo electrónico: [oscar.erazo@docente.fup.edu.co](mailto:oscar.erazo@docente.fup.edu.co)

## Abstract

The addiction is considered as a mental illness and pandemic of hard prevention and intervention, with consequences in the central nervous system and the development of personality, attacking the 16% of teenagers that start consuming at this stage and with a record of a 60% of increase in South America. Facts that have led to intervene this phenomenon from political and economical models based on the premise of supply and demand. The intervention of the supply in more than 3 decades left inefficient results with an increase in production and consume; the intervention of the demand has focused in two schools. The first one explains the consume, the illness and its consequences from neurological paradigmas; and the second one explains the conditions that lead to the consume with inconclusive results however. This is why a descriptive proposal that references a cognitive variable (Intentionality and Planned Conduct Theory) and other neuropsychological (Executive Functions) as interveners in the possible choose to consume a drug in the adolescence.

## Keywords:

Adolescence; Cognition; Election to consume drugs.



## Introducción

### Drogas: tipos, prevalencia y neuropsicología, fotografía del problema

Se denomina droga a toda sustancia con capacidad de producir respuestas neurológicas placenteras y relajantes, acompañadas de cambios perceptuales (Becoña-Iglesias, 2002) como al alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos, los ansiolíticos, los estimulantes (anfetamina, cocaína) y el tabaco. Sin diferencias particulares entre todas ellas, ya que todas estimulan el sistema de recompensa (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2014, p. 259).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) define la existencia de tres tipos de drogas:

1. Depresoras, por su respuesta de represión en las estructuras pre-sinápticas, disminución de neurotransmisores (NT) o reducción de la función de los receptores post-sinápticos. Como sucede con: (a) el etanol (alcohol) que se liga los receptores GABA-A disminuyendo la actividad excitatoria de receptores de glutamato y NMDA; (b) los sedantes (benzodiazepinas) que facilitan la apertura de GABA al canal de cloro GABA-A; (c) los barbitúricos que se enlazan al ión cloro GABA incrementando la conductancia del cloro (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2005); (d) los solventes (sustancias volátiles, nitrito ciclohexilico, nitrito isoamilico-butílico, popper) que se ligan al receptor GABA-A y de dopamina (NIDA, 2011); (e) alucinógenos como el cannabinoides (marihuana) con THC que se adhiere a receptores de cannabinoides (NIDA, 2015) y (f) opioides ( morfina -alcaloide de opio, heroína -derivado del opio-, y metadona -sustitutivo de heroína-) que son agonistas de receptores opioides Mu y Delta, todos estimuladores del sistema dopaminérgico y meso límbico (NIDA, 2005).
2. Estimulantes o simpaticomiméticos, estos ejercen bloqueo para inhibir o excitar neuronas y permitir el aumento de la despolarización neuronal, incremento de NT, alargamiento de su acción, debilitamiento de la membrana y reducción el tiempo de recuperación sináptica, como sucede con la (a) nicotina que se liga a receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) ubicados en las terminales pre sinápticas para modular la liberación y síntesis de dopamina e incrementando la tirosina hidroxilasa (TH) en rutas dopaminérgicas, nigroestriada, meso límbica y núcleo accumbens. Además, activa las glándulas suprarrenales que resultan en descarga de adrenalina, produciendo el rush inicial e intenso (NIDA, 2010a); (b) la cocaína que bloquea transportadores de mono amina

(dopamina, norepinefrina y serotonina) incrementándolas en la hendidura sináptica y activando el área tegmental ventral (ATV), núcleo accumbens, corteza orbito frontal (COF), giro cingulado, tálamo y núcleo estriado (NIDA, 2010b), o (c) anfetaminas (dextro anfetaminas, metanfetaminas, -metilfenidato-, supresores del apetito) que liberan y se ligan a transportadores de dopamina, estos no son dependientes del potencial de acción pero es inhibidor de monoaminoxidasa (MAO) (ej. MDMA-éxtasis bloquea la reabsorción de serotonina y aumenta la actividad de dopamina y norepinefrina) (NIDA, 2007b).

3. Perturbadoras que modifican la actividad psíquica y producen trastornos de percepción (alucinaciones) como el LSD, peyote, alucinógenos sintéticos y hongos. Es de anotar que los consumidores no son usuarios de una sola droga y es frecuente el policonsumo, como sucede con el alcohol y cigarrillo o alcohol y cocaína, o elaborados como el speedball (cocaína y heroína) y bazuco (Sánchez, Arroyo & Azcona, 2014).

## Problemas con el consumo de drogas

La sensación de placer, euforia y calma que presenta el consumo de drogas es producto de la afectación del sistema dopaminérgico, de neurotransmisión y neurotransmisores de tipo aminoácidos (glutamato, GABA, glicina y aspartato), derivados de aminoácidos (mono aminas, norepinefrina, dopamina, catecolaminas, serotonina, indoleamina) y péptidos (Amici & Boxer, 2013; Bonci & Susan, 2013).

La realización frecuente de la conducta de consumo modifica las condiciones de regularidad en los sistemas de neurotransmisión, permitiendo el aumento no natural de ciertos neurotransmisores (hasta en 500% de dopamina a diferencia del 40% producido por comida o sexo) (Mogedas Valladares & Alameda Bailén, 2011; NIDA, 2003; 2007a; 2012) al ligar con partículas químicas receptores especializados (benzodiazepinas y barbitúricos se ligan al receptor amino butírico -Gaba-A- abriendo el canal de la célula y produciendo estados de euforia) e impedir la reabsorción de NT (anfetaminas) (Sánchez-Sarmiento, Giraldo-Huertas y Quiroz-Padilla, 2013; Orgar y Gorno-Tempini, 2007; Stelzer, Cervigni y Martino, 2010).

La modificación irregular de los receptores de NT termina con su desensibilización, eliminación y aumento, lo cual condiciona su productividad a los nuevos elementos químicos no naturales, por ejemplo, un aumento de receptores se da con el consumo de cigarrillo de los receptores nicóticos de acetilcolina y con morfina de los M opioide, pero con cocaína y heroína se eliminan, alterando la regulación química del sistema nervioso central (Alcázar Córcoles, Verdejo García, Bouso Saiz y Ortega, 2015; Méndez, 2012).

La eliminación y desinhibición de receptores hacen la comunicación deficiente entre las neuronas (De Lucas, 2014; Gómez Beldarrain, 2014; Quintero, 2015) desconectando redes de alta importancia en el control del comportamiento. Como sucede con la cocaína que desconecta la corteza prefrontal (CPF) de áreas subcorticales e incrementa la acción del núcleo accumbens y sus redes, o la morfina que reduce la conexión con el hipocampo (Barez y Fernández, 2007), pero aumenta en el mielencéfalo (médula) como producto de los receptores opioides que se ligan a drogas como heroína y morfina.

La mayor afectación está en las redes y regiones que incluyen al NT de dopamina como el sistema límbico, meso límbico, ATV, caudado, putamen, globo pálido, amígdala, núcleo accumbens y corteza (Bonci & Susan, 2013; Broche-Pérez, Herrera & Omar-Martínez, 2016; Catalá-Barceló, 2002). Los cuales inhiben los receptores dopaminérgicos D1 y D2 de la CPF, afectando la activación de esta región y aumentando la actividad en núcleos subcorticales y circuitos cortico estriato corticales, responsables de respuestas automáticas y compulsivas (Damasio, 2009; NIDA, 2012; Ruiz-Sánchez, Pedrero-Pérez, Lozoya-Delgado, Llanero-Luque, Rojo-Mota y Puerta-García, 2012).

La modificación de los sistemas de comunicación, la destrucción de receptores, la afectación neuroquímica y el aumento de conexiones en la corteza subcortical estructura cuadros clínicos de comportamiento obsesivo y compulsivo, acompañado de tolerancia (necesidad de aumentar la dosis para obtener efectos) y abstinencia (sensación de dolor físico y psicológico al no consumir) (Sánchez et al., 2014; Martínez, 2012; Patiño-Masó, 2012; Verdejo y Pérez-García, 2005) y describe cuadros reconocidos como trastorno por abuso y dependencia de sustancias (APA, 2014; OMS, 2005).

La dependencia implica la sensación de malestar clínico, tolerancia, abstinencia, dificultad para interrumpir el consumo, dedicación de tiempo para conseguir la sustancia, reducción de actividades y consumir a pesar de las consecuencias; y el abuso es expresado con el deterioro del individuo, el incumplimiento de sus obligaciones, consumo en situación de peligro junto con problemas legales y sociales (APA, 2014) e incapacidad para mantener relaciones interpersonales, tolerancia, neuroadaptación y abstinencia (Corominas, Roncero, Bruguera y Casas, 2007; OMS, 2005).

Psicológicamente, sus daños se expresan en deficiencias ejecutivas (Riaño-Hernández, Guillen y Buela-Casal, 2015), afectivas (depresión, ansiedad), de personalidad (tendencia suicida), toma de decisiones (TD), trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, síndrome motivacional) (Asensio, 2011; Bausela-Herreras, 2012) y de conducta como los descritos por Fuenmayor y Saavedra (2015) quienes en una muestra de 1667 menores infractores y 9500 adolescentes no infractores identificaron que los infractores eran consumidores con una frecuencia superior al 20% (75% consumían tranquilizantes, 50% cocaína, 36% inhalables, 21% bazuco, 12% éxtasis y 6% heroína).

Además, hay daño en los órganos internos como el corazón, los riñones, el hígado (cirrosis), deficiencias cardiopulmonares y accidentes cerebro vasculares (NIDA, 2010a; Ministerio de Protección Social en Salud, 2008; Pérez, Mejía, Reyes y Cardozo, 2015). Durante la intoxicación, el sujeto tiene sensaciones de seguridad y euforia que lo llevan a desarrollar conductas impulsivas como sexualidad sin protección (Méndez, 2012) o conducción de automóviles (10% muertes en accidentes) (Pérez et al., 2015).

## Diferencias entre los sujetos

El consumo no siempre desarrolla cuadros de dependencia y abuso, ya que la respuesta neurobiológica no es igual en los sujetos y concluye en una alta o baja intensidad, incluso podría tener resultados desagradables. Esto es una consecuencia de la forma como se realiza la síntesis de la droga en el SNC (Celma y Abella, 2012; Verdejo, 2006) derivada de procesos genéticos diferenciales, como sucede con las modificaciones del cromosoma 4 que termina con variaciones en la regulación del sistema gaba-érgico y sustancia negra y que tendrían relación con el bloqueo de receptores GABA-a, modificando las formas de realizar la síntesis de sustancias como el etanol (Capilla, Fernández-González, Campo, Maestú, Fernández-Lucas, Mulas y Ortiz, 2004).

También sucede con el cromosoma 5q (D5S1354) que modifica la estructuración de receptores de dopamina (D1, D2 y D4) relacionados con la dependencia de nicotina, etanol y ludopatía y en las variaciones de genes MAO-A y MAO-B con diferencias en la regulación de la catecol-o-metiltransferasa (COMT) interviniente en la descomposición de dopamina y tirosina hidroxilasa (TH) sensible a sustancias de nicotina o etanol o el gen (SLC6A4) y (5-HTT), interviniente en la regulación de transportadores de serotonina que influye en el sistema de colecistoquinina y el neuropéptido (CCK) que interacciona en el sistema dopaminérgico, relacionado en la adicción a la nicotina; es frecuente el uso de antagonistas de CCK para controlar su abstinencia (Robert, Benoit y Caci, 2013).

Un segundo hecho es la existencia de sujetos con deficiencias neuroquímicas que alivian levemente su sintomatología ante la interacción con la droga, pero incrementan la dependencia en un fenómeno denominado automedicación. Como ocurre en pacientes esquizofrénicos con deficiencias en el sistema dopaminérgico y adictos a la nicotina que presentan menos síntomas negativos que los no adictos (Asensio, 2011; Graña Gómez y Muñoz Rivas, 2000) compensando levemente sus deficiencias con su adicción.

Permite explicar la rápida adicción al cigarrillo en el 80% de pacientes con trastornos neurológicos, de anfetaminas en el 78% de sujetos con TDAH o del 53% de consumidores con trastornos afectivos o personalidad (Hidalgo y Redondo, 2005; Muñoz-Rivas y Graña López, 2001; NIDA, 2017). Existe el riesgo para un 60% de individuos; hijos de padres alcohólicos, adictos (Vayas y Carrera, 2012; Celma y Abella, 2012) o que hayan heredado algún tipo de disfuncionalidad (Mariño, Castro y Torrado, 2012; Ruiz-Sánchez et al., 2012).

## Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes

Para el 2015 existían 324 millones de consumidores, de los cuales 39 millones eran dependientes y abusadores (Echavarría y Giraldo, 2015). Su intervención costaba 700.000 millones de dólares al año en Estados Unidos (López, 2012; Martínez, Pérez, y De las Heras, 2008) y sus resultados de contención eran ineficientes. Además, se validó el hecho de una producción continua de nuevas drogas (kokrodil), se identificó el desplazamiento de las usuales (heroína por opioides sintéticos como morfina, fentanilo y des morfina) (Castellanos Obregón y Espinosa Herrera, 2013) y el aumento del consumo de medicamentos.

La descripción del número de consumidores es variada y su referencia está en la preferencia de un tipo de droga, por ejemplo, la nicotina cuenta con 70.9 millones de estadounidenses consumidores que inician el consumo a los 12 años (NIDA, 2010a) en países europeos como España el 87% de sujetos entre los 15 a 18 años la consumen (Lloret Irlles, Morell-Gomis, Lagua y Moriano, 2017) y en el mundo existen 1.200 millones de fumadores con proyección a 2000 millones en el 2030 (Becoña-Iglesias, 2002).

En Estados Unidos existen 730.000 consumidores de inhalantes (NIDA, 2011), 19.8 millones de marihuana siendo el 81% de usuarios adolescentes (NIDA, 2015), uno de seis estudiantes consume cocaína (Hidalgo y Redondo, 2005) y 11 millones consumen éxtasis o MDMA (NIDA, 2007b). En España el 12% de sujetos entre los 15 a 34 años es consumidor de marihuana (Lloret Irlles et al., 2017; Martínez y Ojeda, 2016) un 10% prefiere la cocaína y el 6% es consumidor de éxtasis y anfetaminas (NIDA, 2007b) de preferencia entre los 15 a 18 años (Castellanos Obregón y Espinosa Herrera, 2013).

En la última década hubo en Sur América un aumento del 60% de nuevos consumidores con inicio en la adolescencia y se ha requerido de intervención clínica para 2.4 millones de personas (Castaño y Uribe, 2014; Melo Hurtado y Castanheira Nascimento, 2010; Toaza, 2011). En Colombia para el 2013 habían ingresado 480.000 menores a urgencias por abuso de sustancias y en el 2015 un 63% de estudiantes de 6 a 11 informan haber consumido alguna droga y son consumidores de tabaco un 24.3%, marihuana el 7%, cocaína el 2.8%, bazuco 0.7%, inhalantes 3.1%, éxtasis 1.2%, ácidos 1.5%, tranquilizantes 1.1%, popper 2.5%, heroína 0.5% y dick el 4.1% (Andrade, Betancourt, Moreno & Alvis, 2017; Echavarría y Giraldo, 2015; Pérez et al., 2015) y

dependientes del cannabis 250 mil casi el 57% de los consumidores de esta droga, 140 mil de cocaína el 60% consumidor de esta droga y 34 mil de bazuco el 78% consumidor (Ministerio de Protección Social y Salud, 2008).

## Formas de comprender el fenómeno. Un modelo desde el demandante

El innegable daño que produce el consumo de drogas y las difíciles condiciones para su prevención e intervención ha llevado a definir la enfermedad como una pandemia (Corominas et al., 2007) que requiere de posiciones políticas para su control y como un proceso de interacción entre la oferta y la demanda (Thoumi, 2009).

La hipótesis de la oferta considera que la reducción de la pandemia es posible a través de la eliminación del producto en el mercado y para ello busca reducir la producción en las zonas rurales e intervenir militarmente a los carteles que la comercializan. Un ejemplo es el Plan Colombia, que con un financiamiento de 18.500 millones de dólares en el 2000 y con ayuda del gobierno de los Estados Unidos logró dismantelar mafias de crimen organizado y reducir los cultivos y su producción.

Pero la intervención vino acompañada de procesos militares e introdujo al país en una guerra civil por más de dos décadas, con consecuencias económicas, desplazamiento y terrorismo (Pérez y Mejía, 2015). Para algunos analistas fue una intervención fallida, ya que la producción y el consumo ha aumentado actualmente, las mafias se han tecnificado en niveles muy avanzados y se ha informado que de cada diez drogas que sale al mercado solo una es confiscada; siendo esta por el momento una lucha perdida.

Estas consideraciones han llevado a replantear las formas de intervención y se intenta construir un paradigma centrado en la demanda y con tendencia hacia la legalización. Como fue evidente en la intervención del ex presidente Juan Manuel Santos de Colombia en el marco de la Cumbre de Estados Latinoamericanos realizada en Cartagena en 2012, al promover la legalización de la marihuana y la ley 1566 del 2012 con parámetros para comprender al consumidor, dirigiendo el interés hacia el demandante, el sujeto que toma la decisión de comprar y consumir y exigiendo formas de entender el fenómeno desde paradigmas centrados en las ciencias de la salud y social y con argumentos que emerjan de la psicología o neurociencias cognitivas (Najul y Witzke, 2008; Papazian, Alfonso y Luzondo, 2006).

## La posición del demandante de una droga

Los estudios relacionados con las drogas y la conducta de consumo muestran una línea divisoria y ubicarse en dos momentos específicos. Uno antes y otro después de consumir una droga. Los enfoques que buscan explicar qué sucede después de consumir la primera droga profundizan en las consecuencias de las estructuras neurológicas y neuropsicológicas provocadas por la toxicidad de la sustancia, además identifican el origen de trastornos clínicos basando su explicación en la modificación de los sistemas dopaminérgicos, afectación en redes, conexión en la CPF y daños moleculares (Andrade et al., 2017; NIDA, 2007, 2010, 2012; Sánchez et al. 2014; Verdejo y Pérez-García, 2005).

La segunda línea de investigación está centrada; se trata de profundizar en el momento previo a la primera conducta de uso de una droga y busca entender los factores que llevan a la decisión y promoción de esta acción. Entre sus tesis están las de modelo sistémico que consideran el hecho como un producto de diversas variables (político, económico, social, familiar, afectivo, personal y biológico) e intervinientes en el momento de decisión y acción; con conclusiones como los factores de riesgo y protección (Becoña-Iglesias, 2002).

Los factores de riesgo y protección son una lista de variables relacionadas con la posibilidad de consumir una droga, un ejemplo de ello es la relación consumo-pobreza, consumo-desórdenes afectivos y, a pesar que la tesis es coherente, presenta detractores, afirmando que sus resultados no permiten estructurar conclusiones (adolescentes de estratos bajos y estado afectivo depresivo tendrían tendencia a consumir una droga, sin embargo, existe la posibilidad de consumirla en condiciones contrarias) y no existe actualmente un modelo que defina la tendencia a realizar una conducta de consumo (Becoña-Iglesias, 2002).

## Hipótesis en la decisión y acción del consumo de una droga

La decisión de consumir una droga y, posteriormente, realizar la acción son comportamientos de tipo complejo e intencional que requieren de recursos y habilidades psicológicas y neuropsicológicas que se busca describir en este apartado y se integran de forma hipotética, en un intento de organización del constructo que pueda describir este fenómeno.

Según las teorías del desarrollo, todo comportamiento inicial en los sujetos es reflejo, pero la progresiva madurez del desarrollo biológico y de estimulación con el ambiente lo modifican hacia un comportamiento inteligente e intencional (Meilan, Pérez y Arana, 2000; Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 2012). Este comportamiento inteligente es posible por la integración de estructuras cognitivas y el funcionamiento ejecutivo que se desarrolla en redes de acción cognitiva, lingüística y comportamental de la CPF.

Para Ardila Ardila y Ostrosky Solís (2008) en el comportamiento intencional intervienen lenguajes internos que, al igual que en los externos, muestran propiedades de aprendizaje, redes neurolingüísticas y estructuras de tipo fonético, semántico, sintáctico y pragmático; recursos que serían utilizados por las funciones ejecutivas para la realización de procesos de planeación, inhibición, toma de decisiones y memoria de trabajo en la CPF.

La integración entre las FE y estructuras lingüísticas concluye en productos expresados en lenguaje y comportamiento-mental, los cuales son proyectados hacia redes entre la CPF y la región sensorio-motriz. La proyección hacia la región sensorio-motriz (límites entre la corteza frontal y la parietal) (Meilan et al., 2000) inicia con la activación en la corteza sensorio-motriz primaria, donde se construye un mapa de acción que será remitido hacia la corteza motriz secundaria, encargada de realizar la acción a través de la activación de cada uno de los nervios y músculos adecuados para su expresión (Martínez-Selva, Sánchez-Navarro, Bechara y Roman, 2006; Sastre-Riba, Merino-Moreno y Poch-Olive, 2007).

Además, Esparza y Larue (2008) consideran que el comportamiento producto de la acción de la CPF y sus redes integra elementos de lenguajes, memorias y procesamientos cognitivos que tienen respaldo en redes de tipo semántico y su estructuración es validable a través de exámenes como la resonancia magnética, que identifican la funcionalidad en la estimulación verbal y sus resultados neurológicos, o también en daños o lesiones cerebrales que alteran las redes neurológicas y que, como producto, se identifican deficiencias en la organización del lenguaje, pensamiento y comportamiento (Ardila, 2013; Ardila Ardila y Ostrosky Solís, 2008; Sánchez, 2009; Meilan et al., 2000) permitiendo concluir que el comportamiento humano es un producto de las acciones neurológicas y, además, cognitivas.

Por lo tanto, la decisión y posterior inhibición o consumo de una droga tendría origen en la integración de lenguajes internos aprendidos y con estructuras sobre drogas, tipología, características, entre otras y la acción de funciones neuropsicológicas, como las funciones ejecutivas de toma de decisiones, inhibición y planeación, sucedidas en la CPF.

## Los lenguajes internos, una explicación desde la representación y la teoría de conducta planificada

Para la psicología cognitiva, las representaciones son estructuras mentales (pensamientos, memorias) con capacidad de inhibir, definir y desarrollar una conducta. La representación, producto del aprendizaje logrado en su gran mayoría por observación (imitación), es codificada en memorias que se utilizarán en procesos futuros (Bandura, 1986, como se citó en Moral Jiménez, Rodríguez Díaz y Sirvent Ruiz, 2006; Hidalgo y Redondo, 2015).



La existencia de comportamientos diferentes implicaría la funcionalidad de representaciones con tipología y características diversas, producto de la acción de las experiencias (constructivismo) y las formas de maduración neuropsicológica (Sánchez, 2009; Vygotsky, como se citó en Martínez González, Pérez Mulet y De las Heras Renero, 2008; Torralba, 2015). Entre esta diversidad se encuentran las creencias e intencionalidad de Ajzen (2011) plasmada en el modelo de la Teoría de Conducta Planificada (TCP) (Borrella, 2013; Martín, Martínez y Rojas, 2011).

La TCP considera que la intención es una representación mental que contiene creencias de una conducta (Topa, Moriano y Morales, 2012; Vera Noriega, Tanori Quintana, Valdés Ángel, Martínez Ortega y Carlos Martínez, 2014) y el estudio de estas creencias permite definir la probabilidad de realizar una conducta futura (Giménez, 2011; Rodríguez Kuri, Díaz Negrete, Gracia Gutiérrez de Velasco, Guerrero Huesca y Gómez-Maqueo, 2007).

Para Ajzen (2011) las creencias son de cuatro tipos: (a) actitudes: la actitud es una creencia con contenido de favorabilidad o des-favorabilidad hacia un objeto, hecho o conducta complementada con creencias sobre las consecuencias (creencias conductuales) y creencias de evaluación de resultados; (b) norma subjetiva: son creencias sobre lo que otros piensan respecto a la realización de la conducta y tiene dos componentes: la creencia normativa que indica la percepción de otros significativos como padres o amigos y la evaluación de resultados que es un juicio acerca de las creencias y las personas que los representan (Fernández-Utrilla, 2013); (c) control de conducta percibida: son las creencias sobre los recursos o instrumentos para realizar la conducta y tiene dos componentes, la probabilidad que suceda y la intuición subjetiva del valor (Dante Gómez, 2006; Cooke, Dahdah, Norman & French, 2016) y (d) intencionalidad: estructura integrada por las tres creencias que dan soporte y justificación a la intención para desarrollar o inhibir una conducta (Carrero, Hidalgo, Matellanes, Moreno y Palmerin, 2003; Dueñez, 2010; Giménez, 2011; Guzmán, García, Rodríguez y Alonso, 2014; Hernández, Salazar, Vacío y Rodríguez, 2017; Rodríguez Kuri et al., 2011; Saiz Galdós, 2009).

La TCP es considerada un modelo predictivo (Melo-Hurtado y Castanheira-Nascimento, 2010; Peltzer, Conde, Biscarra, Lichtenberger & Cremonte, 2017) que logra integrar la descripción de los sujetos sobre la actitud de favorabilidad o des-favorabilidad para usar una droga, y las integra con las creencias de norma subjetiva, o sea las representaciones sobre lo que otros sugieren o piensan sobre el consumo de una droga y, además, describe la existencia de recursos personales e internos ante cualquier decisión (Ajzen, como se citó en López, 2012; Peltzer et al., 2017), con lo que fundamenta su intención para demandar o inhibir el consumo de una droga.

Su validez ha sido demostrada en diversos contextos y ante diferentes fenómenos, e incluso la OMS y la Organización Panamericana de Salud recomiendan el modelo como una forma de estructurar procesos de evaluación y predicción de comportamientos en sexualidad y prevención de enfermedades (OPS como se citó

en Arbaiza, 2014; Tort, Cortes, Giménez, Luque & Gómez, 2011; Luengo et al., 2012) y de forma empírica ha demostrado tener sensibilidad en la medición de intención de consumo de drogas en trabajos realizados por Hernández et al., (2017), quienes identificaron la intención para consumir alcohol en 1420 adolescentes de 9 a 13 años en Aguas Calientes (México) (Díaz Negrete, Arellanez Hernández, Rodríguez Kuri y Fernández Cáceres, 2015) que describen mayor intención cuando los padres toleran el consumo.

Bermúdez Moreno y Contreras Felipe (2008) y Jiménez (2013) identificaron que los adolescentes con alta intención de consumo de tabaco también lo son para marihuana. Como también lo definió Becoña-Iglesias (2002) en España identificando una posibilidad predictiva de 0.72 y 0.96, similar que en muestras de adolescentes ingleses (Fernández-Utrilla, 2013) y españoles, aumentando la tendencia cuando existen conflictos familiares (Saiz Galdós, 2009).

Dueñez (2010) identificó la intención para consumir tabaco, alcohol y drogas en 217 jóvenes de 18 a 24 años de Escobedo (México) relacionándola con el rendimiento académico, y Moral Jiménez et al. (2006) en 755 estudiantes de secundaria en Asturias (España) encontrando que los consumidores tienen una intención más alta que los no consumidores, similar a Cáceres, Salazar, Varela y Tovar (2006) pero en 786 universitarios de Cali.

Para consumo de cocaína, Patiño-Masó (2012) encontró en 1200 adolescentes españoles creencias de beneficio y de tener autocontrol sobre el consumo, además el 52% tenía una alta intención para consumir cualquier tipo de drogas y el 23% de los ya consumidores tenían una mayor intencionalidad que los no consumidores. Con anfetaminas como speed y éxtasis se referencian a Litchfield y White (2006 citado en Dueñez, 2010) quienes, en 79 universitarios australianos, definieron una intención de ( $r=.520$ ,  $p<.01$ ) y en el análisis de regresión múltiple se encontró que las actitudes ( $\beta=.46$ ,  $p<.001$ ) y las normas subjetivas ( $\beta=.22$ ,  $p<.05$ ) predecían la intención conductual ( $F(2, 75) = 17.15$ ,  $p=.001$ ).

En la medición de intención para consumo de cualquier droga, Guzmán Facundo et al. (2014) identificaron en 257 jóvenes de zonas urbanas y marginales de Nuevo León (México) que el 17.1% tenían creencias favorables y más cuando las personas significativas toleraban el consumo, similar a Rodríguez-Kuri et al., (2007) con 150 estudiantes de México D.F. los cuales tenían una actitud favorable al consumo ( $Md=6.9$ ) a diferencia de los no consumidores ( $Mdn=3.9$ ) ( $z= -5.223$ ,  $p=.001$ ); describen el aumento de la intención cuando hay una norma subjetiva positiva al consumo ( $r=.510$ ,  $p<.001$ ).

El estudio de Trujillo, Forns y Pérez (2007) tenía la novedad de realizarse con 856 jóvenes de Bogotá (Colombia) y Barcelona (España). En él se identificó que los colombianos tienen mayor aceptabilidad a la marihuana que a la cocaína; la importancia del control conductual fue registrado por Giménez (2011) al describir a mujeres embarazadas adictas con actitud y norma subjetiva negativa, pero bajo control conductual, por lo tanto, no deseaban consumir, pero no tenían recursos personales para detener la compulsión.

## Las funciones ejecutivas, modelo de procesamiento de información en la intencionalidad para consumir una droga

Siguiendo los parámetros de Ardila Ardila y Ostrosky Solís (2008), es necesario describir a las funciones ejecutivas, operaciones de alta complejidad que suceden después de la percepción y antes de la acción (Aran y López, 2013; Marino, 2010; Robalino, 2013; Tirapu-Ustárrroz, Cordero-Andrés, Luna-Lario, y Hernández-Goñi, 2017) y que serían las encargadas de procesar la información contenida en los lenguajes internos y representaciones mentales.

Se creía que las FE eran exclusivas de la CPF, pero con la llegada de la neuroimagen en los años 90, los límites se ampliaron, comprometiendo a diversas estructuras y redes de tipo cortical y subcortical (Barkley, 2012; Ruiz, 2013; Orjales Villar, 2000). Su funcionalidad implica procesos como la atención con capacidad para controlar la concentración sostenida y selectiva (Pistoia, Abad-Mas y Etchepareborda, 2004), la fluidez en la velocidad del procesamiento de información, la flexibilidad para modificar estrategias que inhiben procedimientos automáticos (Flores-Lázaro y Ostrosky-Shejet, 2012) y la memoria de trabajo (García-Molina, Enseñat-Cantallops, Tirapu-Ustárrroz y Roig-Rovira, 2009).

También está la planeación que genera secuencias para el logro de metas (Flores Lázaro y Ostrosky Solís, 2008; González y Morales, 2017; Papazian, Alfonso, y Luzondo, 2006; Dale y Grady, 2013), la inhibición que controla comportamientos automáticos o impulsivos e impide la interferencia que afecta la MT (González y Morales, 2017; Gamboa León, Mónico Díaz y Triana Vergara, 2018; Puentes, Jiménez y Pineda, 2015) y la TD implicada en la elección de alternativas; pero además, Shimamura (2000) y Stuss y Levine (2002) refieren la existencia de otros procesos como la meta cognición (Soprano, 2003), mentalización y cognición social.

## Neuropsicología de las funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas (FE) son producto de las regiones corticales ubicadas en la CPF divididas en la corteza dorsolateral (CPF<sub>DL</sub>), ventromedial (CPF<sub>VM</sub>) y orbitofrontal (CPF<sub>O</sub>) (Tirapu-Ustárroz, Muñoz-Céspedes y Pelegrin-Valero, 2002; Tirapu-Ustárroz, García-Molina, Luna-Lario, Roig-Rovira y Pelegrin-Valero, 2008) y junto con el córtex frontal representan una de las áreas de mayor interconexión; es privilegiada por su conexión con el córtex premotor y motor, junto con el que programan y desarrollan movimientos (Bausela Herreras, 2005; Contreras, Catena, Cándido, Perales y Maldonado López, 2008; Fernández-Olaria y Flórez, 2017; García Arias, 2012).

Está integrada al circuito motor, óculo-motor, dorso lateral, orbito lateral y cingular (Bausela Herreras, 2007a; Blanco-Meléndez y Vera de la Puente, 2013; Dale y Grady, 2013; Gazzaley y Esposito, 2013; Portellano, 2005) y su organización implica cuatro tipos de cito-arquitecturas, para-límbica, primaria, unimodal y heteromodal (Grafman, 2013; Jodar-Vicente, 2004; Flores, Ostrosky y Lozano, 2012).

Su funcionamiento neuropsicológico en la MT implica la activación de la CPF<sub>DL</sub>, ventrolateral y parietal superior, con diferencias según la información (verbal o espacial) o proceso de mantenimiento (CPF<sub>VL</sub> izquierda) o manipulación (CPF<sub>DL</sub> derecha). En la TD con redes fronto-estriatales, amígdala, ACC y CPF<sub>O</sub> (Najul y Witzke, 2008) y de control inhibitorio a la red de circunvoluciones frontal medial e inferior, frontal-límbica, porción anterior de la ínsula y lóbulo parietal inferior del hemisferio derecho, pero en estudios con pruebas go-no-go, se activa la CPF<sub>VL</sub> y CPF<sub>DL</sub>, ACC, lóbulo parietal superior izquierdo, temporal derecho y porción derecha del cerebelo (Miller, 2007; Miller y Cummings, 2013).

La atención, según Posner & Rothbart 2009 (como se citó en Stelzer et al., 2010; Sandoval y Ostrosky, 2012), describe la existencia de tres sistemas: (a) sistema de alerta asociado al tálamo, CF y parietal e integrada a NT como la norepinefrina; (b) sistema de orientación de tipo visual con la región superior e inferior del lóbulo parietal, campos frontales de la visión y ciertas áreas sub-corticales (colículo superior y núcleo pulvinar y reticular del tálamo) e integrado al sistema colinérgico asentado en el prosencéfalo; y (c) red de control ejecutivo vinculado a la CCA, CPF<sub>DL</sub> y sistema dopaminérgico del ATV (Amici & Boxer, 2013; Bausela Herreras, 2014).

Los NT con mayor asociación son la serotonina (sensibilidad al reforzador, extinción, TD, emociones, cognición, función motora, ritmo circadiano y endócrino, conducta alimenticia, sexual y sueño) y su disminución se asocia a alteraciones del control de impulsos. La dopamina activada por el sistema dopaminérgico con influencia en la motivación, control emocional y cognición, expresa su deficiencia en problemas de MT e inhibición. La acción de la dopamina y serotonina permiten el balance de procesos neurofisiológicos excitatorios e inhibitorios (Landa, Fernández-Montalvo y Tirapu Ustárroz, 2004) y su desorganización produce comportamiento

impulsivo, desórdenes mentales y conductuales y tendencia a la adicción y la noradrenalina que trabaja como neuromodulador de redes neuronales, inhibiendo o excitando la transmisión sináptica y relacionada con la atención sostenida, desempeño de tareas go-no-go, flexibilidad cognitiva y MT (Orgar y Gorno-Tempini, 2007; Pedrero-Pérez, Ruiz-Sanchez de León, Rojo-Mota, Morales-Alonso, Pedrero-Aguilar, Lorenzo y Gonzales, 2016).

La operacionalidad de la FE ha sido descrita en cuatro propuestas; la conductual (Jiménez, 2013), la cognitiva nombrada por los promotores del procesamiento de la información y conexionistas, y la neuropsicológica rusa y americana (Tirapu-Ustárróz y Luna-Lario, 2013). El modelo neuropsicológico ruso de Vygotsky, Luria y Leontiev comprende la FE como resultado de la interacción adaptativa del sujeto a su ambiente biológico y social, el cual es producto de tres unidades: (a) unidad energética, encargada de la regulación del tono, vigilia y estados mentales, manteniendo el tono y regulando la formación reticular ascendente y descendente de la corteza cerebral; (b) unidad de recepción y elaboración de la información exteroceptiva de las áreas primarias temporal, occipital y parietal; y (c) programación y control de movimiento y acciones voluntarias desarrolladas en la CPF (Luria como se citó en Jiménez, 2013).

Por su parte, el modelo americano da crédito a las acciones especializadas de la CPF, como la orbito-frontal responsable de la regulación emocional, TD, personalidad; la dorso lateral, encargada del comportamiento, lenguaje, razonamiento y organización temporal y medial de la voluntad, espontaneidad, apatía, ética y moral.

Pero Tirapu-Ustárróz et al. (2008) consideran también la existencia de otros modelos, uno de ellos es el modelo de sistema simple con el modelo jerárquico de Stuss y Benson (citado en Tirapu-Ustárróz et al. 2008; Rebollo y Montiel, 2006), niveles de conciencia de Zelazo, teoría de complejidad cognitiva y control, y sistemas jerárquicos de competencia de Marcovith y Zelazo (2006), (como se citó en Aran y López, 2013).

De constructo único como la MT de Baddeley y Hitch (como se citó en Bausela Herreras, 2005; García Arias, 2012). De procesos múltiples como el modelo de sistema atencional supervisor (SAS) de Normal y Shallice (como se citó en García Arias, 2012) y el de marcador somático de Damasio y Bechara (como se citó en Tirapu-Ustárróz et al., 2008) y de modelos integradores como el de Tirapu-Ustárróz et al. (2008) que incluye la MT de Baddeley, funciones jerarquizadas de Stuss y Benson, el SAS de Shallice y la hipótesis del marcador somático o el modelo híbrido de Barkley (2011) que referencia la inhibición como centro de los procesos ejecutivos para la realización de autorregulación, autocontrol y demora de decisiones (Aran, 2011) y el modelo factorial que explica la estructura de las FE a partir de subcomponentes.

## La toma de decisiones y su influencia en la demanda de una droga

La toma de decisiones (TD) es una acción neuropsicológica que refiere la habilidad para elegir un curso de acción entre un conjunto de opciones (Michellini, Acuña y Godoy, 2016; Verdejo García, Aguilar de Arcos y Pérez-García, 2004; Canto, 2010; Cardona Cañaverall y Tamayo Lopera, 2015) que implica elección futura, ventajosa, relacionada al contexto y consecuencia (Oliva, 2007) y está integrada a procesos de inhibición, MT, flexibilidad (Alameda-Bailén, Salguero-Alcañiz, Merchan-Clavellino y Paino-Quesada, 2014), autorregulación e inteligencia (Barkley, 2011; 2012).

La TD no es un producto racional, incluye el procesamiento de sensaciones, emociones y sentimientos (Damasio, 2009; Bechara y Damasio, 2004; Gordillo, Arana, Salvador y Mestas, 2011; Alcázar-Córcoles, Verdejo-García, Bouso-Saiz y Bezos-Saldaña, 2010; Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003). Su funcionalidad de alta complejidad ha intentado ser explicada por cuatro escuelas; la primera explica el funcionamiento neurológico desarrollado en estimulación-activación-decisión y conducta, la segunda profundiza en la acción cognitiva y se basa en el análisis del aprendizaje-estructuras mentales-formas de escogencia-definición y desarrollo de conducta, la tercera integra las dos estructuras y la cuarta estudia la coherencia de las decisiones en relación al individuo y contexto (Contreras et al. 2008; Verdejo-García y Bechara, 2010).

### *Modelos en la toma de decisiones*

Los modelos cognitivos consideran que la TD se centra en la habilidad de procesar la información e integrarla a memorias con experiencias de respuestas positivas, negativas o de bajo riesgo (Arellanez-Hernández, Díaz-Negrete, Wagner-Acheagaray y Pérez-Islas, 2004; Mogedas Valladares y Alameda Bailén, 2011) incluyendo a la inhibición con el fin de retrasar respuestas cognitivas y lograr elecciones de mayor coherencia.

Para Ernst y Paulus (2005) (como se citó en Arbaiza, 2014), la TD se desarrolla en tres etapas: (a) denominada evaluación y selección de estímulos, encargada de activar la MT y regiones de la CPF y CCA, organizar la incertidumbre con el hipocampo, giro temporal superior y regular las emociones con la CPF ventro medial, amígdala e ínsula anterior. Su resultado incluye la identificación de rasgos, valencia (positiva o negativa), notabilidad (intensidad-magnitud), probabilidad (certeza) y tiempo (demora); (b) selección y ejecución de una acción-meta, definida por la planeación e inhibición (corrige impulsividad, flexibilidad o retraso psicomotor), implica el estriado dorsal y ventral, núcleo accumbes y áreas motoras; y la (c) experiencia y evaluación, con aprendizaje de resultados de la amígdala, núcleo accumbes, COF e ínsula.

Pero además se ha incluido la tesis del marcador somático -y TD en las que no es necesario la inclusión racional pues, por el contrario, serían las condiciones viscerales y no consientes-, como una propuesta para elegir quienes programan la funcionalidad motriz. Posiblemente este modelo permitiría explicar el hecho de que se realice una demanda, como el consumo de una droga, con conciencia de las consecuencias.

La tesis del marcador somático explica la existencia de dispositivos biológicos que aprenden resultados de interacción entre el estímulo y la respuesta neurológica de tipo castigante (desagradabilidad) o de recompensa (agradabilidad); las cuales determinan valencias en el procesamiento de estímulos en la base del cerebro y permiten una TD regulada por estructuras subcorticales y no consientes denominadas como intuición.

Su acción es producto de la estimulación en áreas subcorticales con proyección hacia las corticales, pero que avanza de forma progresiva activando primero los núcleos subcorticales, tallo cerebral, cerebelo, región meso-límbica, amígdala, corteza cingulada anterior, núcleo caudado y genera respuestas innatas que incluyen estados corporales, procesos biorreguladores y emociones. La información procesada avanzaría hacia la COF y ventromedial e integraría al procesamiento sensaciones y acciones de FE (Damasio, 2009) cuyo progreso hacia la CPFDL permitiría el desarrollo de operaciones especializadas como imágenes sensoriales, MT, razonamiento y organización de decisiones y conducta (Mogedas Valladares y Alameda Bailén, 2011; Tirapu-Ustárrroz et al., 2017).

Pero a pesar de que la información implique la activación de áreas especializadas como la CPFDL, la primera impresión y decisión es realizada por el marcador somático en conjunto con la COF, permitiendo la organización y desarrollo de movimientos manejados por las valencias y solamente consientes cuando el sujeto logra obtener la información en la CPFVM y CPFDL. Un ejemplo de este proceso es el miedo, el cual es producto de un estímulo que activa una respuesta en el marcador somático con valencia negativa y genera elecciones y conductas motivadas por este marcador, pero que son conscientes solo hasta finalizar el comportamiento (Alameda-Bailén et al., 2014).

La acción organizada de la CPF permite el desarrollo de elecciones y comportamientos con tendencia organizada, de ahí que se conozca que la COF tiene la responsabilidad del aprendizaje emocional, su porción medial con la codificación de recompensas, las laterales evalúan castigos y reforzadores primarios y los refuerzos secundarios como el dinero en regiones anteriores. Su deficiencia se asocia con la ínsula y sistema límbico (hipocampo, amígdala) expresado en problemas emocionales, empatía y ToM o incapacidad para alterar decisiones con resultados desventajosos (Abad-Mas, Ruiz-Andrés, Moreno-Madrid, Sirera-Conca, Cornesse, Delgado-Mejía y Etchepareborda, 2011; Bausela Herreras, 2007b; Gómez-Beldarrain, 2014; Lopera Restrepo, 2008; Martínez-Selva et al., 2006; Sastre-Riba, 2006; Villegas, 2014).

La CPFVM integra procesos de la COF y CDL que evocan y actualizan estados emocionales durante y después de la TD y con información proyectada de la amígdala, hipotálamo y núcleo del tronco cerebral. Su deficiencia se expresa en la no activación del marcador somático ante situaciones desventajosas, asunto que concluye en problemas para el desarrollo social y procesamiento emocional, pero con FE normal y la CPFDL permite manipular la MT, planeación e inhibición; su deficiencia lleva a TD impulsivas con falta de atención y sin regulación de las consecuencias (Mariño et al., 2012; De Lorenzo, 2012; Donoghue y Rabin, 2000; Villalba Ruiz y Verdejo-García, 2012; Gordillo et al., 2011).

La especialización hemisférica en la TD con la CPF izquierda compromete la regulación de conductas de rutina, respuestas de recompensa y aproximación al estímulo, y la derecha da la posibilidad de enfrentar nuevas situaciones (Martínez-Selva et al., 2006) emocionales, somáticas o de imaginación emocional. El daño orbito frontal derecho implica comportamientos de riesgo y el ventromedial, de decisiones desventajosas (Contreras, Ceric y Torrealba, 2008) y el NT de mayor implicación es la dopamina en relación con el núcleo accumbens asociado a procesos de aprendizaje, motivación, TD y patologías como la adicción (Megina, 2012).

### ***Deficiencias en la toma de decisiones***

La afectación en la TD implica la consideración de cuatro problemáticas:

1. De comportamiento impulsivo: referido a la tendencia a seleccionar refuerzos inmediatos a pesar de las consecuencias negativas futuras (desinhibición) (Adan, 2012; Rivarola, Pilatti, Godoy, Brussino y Pautassi, 2016). Esta deficiencia podría ser el producto de irregularidades en NT de serotonina y dopamina, ausencia de receptores especializados o deficiencia en la síntesis de catecol-o-metiltransferasa y formas de activación del sistema límbico, amígdala, hipotálamo, hipocampo, pituitaria, ganglios basales, núcleo estriado o la alta activación del núcleo accumbens, pero baja reacción de la amígdala (Arbaiza, 2014; Oliva, 2007).
2. Búsqueda de sensaciones: es la necesidad de activar el arousal con experiencias de alta intensidad para estimular el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HPA) y regular los niveles de cortisol (Perales, Nogueira-Cruz, Cruz-Quintana, Láynez-Rubio, Verdejo-García y Pérez-García, 2014). Los sujetos con estas características son extrovertidos y requieren de frecuente y alta estimulación mostrando inmadurez en regiones y redes entre el sistema límbico y la CPF (Orjales Villar, 2000; Flores Lázaro y Ostrosky Solís, 2008).
3. De aprendizaje de inversión afectivo: dificultad para modificar aprendizajes según contingencias de consecuencia que pasan de recompensa a castigo. En las apuestas, el sujeto invierte el aprendizaje según su contingencia de apuesta-ganancia o apuesta-pérdida. Los sujetos con la deficiencia no logran modificar el aprendizaje y continúan en la conducta a pesar de contingencias



negativas, no logrando predecir el castigo; para Damasio (2009), la condición se denomina miopía hacia el futuro, refiere la incapacidad para predecir consecuencias (Adan, 2012; Alcázar et al., 2010) y es frecuente en sujetos con desconexión en la CPFVM, estructuras subcorticales y la amígdala (Bechara & Damasio, 2004; Verdejo et al., 2004).

4. En una adicción, la TD está alterada por el desarrollo de comportamientos obsesivos y compulsivos, y realiza TD con desventaja, impulsividad y déficit de aprendizaje invertido (Sánchez et al., 2014; Villalba Ruiz & Verdejo-García, 2012) producto de la desconexión entre redes que conectan el sistema límbico y la CPF y aumento de interconexiones del sistema límbico y el motriz, lo cual provoca el desarrollo de conductas obsesivas sin conciencia (Barroso y León-Carrion, 2002; Barez y Fernández, 2007; Caña, Michilini, Acuña y Godoy, 2015; Gaitán y Rey-Anacona, 2013; Perales et al., 2014).

## Adolescencia, etapa con creencias de privilegio hacia las drogas y funciones ejecutivas inmaduras

El estudio de la elección y consumo de drogas en la adolescencia es importante en tanto el 16% de esta población inicia el consumo en esta etapa, de ahí que se haya ganado el nombre de enfermedad del desarrollo por la OMS (NIDA, 2010b; Ministerio de Protección Social y Salud 2008; Martínez y Ojeda, 2016). Se trata de una preocupación para los estados y para los 150 millones de individuos entre los 10 a 24 años (28% de la población) de América Latina para los que no existe una política clara en prevención e intervención (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, como se citó en Vivo, Saric, Muñoz, McCoy, López-Peña, y Bautista-Arredondo 2013; Castellanos Obregón y Espinosa Herrera, 2013).

Esta es una etapa de vulnerabilidad, atravesada por condiciones biológicas, psicológicas, neuropsicológicas y culturales que incrementan la posibilidad de decidir a consumir una droga. Entre los cambios biológicos están los hormonales, como el aumento en la producción de esteroides para el crecimiento corporal (segregado por las gónadas en el cerebro) que disminuye la actividad del sistema dopaminérgico. Además, se estructuran conexiones entre la COF, amígdala y ganglios basales, encargados de la regulación de conducta, lo que genera desequilibrios en la maduración de sistemas afectivos y racionales (Arbaiza, 2014; Caña et al., 2015).

El desarrollo biológico lleva a la generación de cambios afectivos, expresados en depresión, ansiedad y estrés, y a modificaciones en la identidad-personalidad (Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Martínez y Ojeda, 2016). Para algunos los cambios suelen ser llevaderos, pero otros describen tendencias extremas (formas de vestir, música) (Pérez et al., 2015; Carballo Crespo, García Rodríguez, Secades Villa, Fernández Hermida,

García Cueto, Errasti Pérez, y Al-Halabi Díaz, 2004). Culturalmente, en esta etapa hay una promoción por el desarrollo sexual y social y se expresa la necesidad de mostrarse independiente, pero al mismo tiempo pertenecer a un grupo social.

Los cambios biológicos, psicológicos, afectivos y la presión social y cultural llevan al adolescente a situaciones de conflicto. Debido a su ignorancia, falta de atención e inmadurez neuropsicológica, los adolescentes son guiados por pares inexpertos, consumidores, jibaros, medios de comunicación o culturas que promueven el uso de una droga (Cooke et al., 2016; Melo-Hurtado y Castanheira-Nascimento, 2010).

En la adolescencia, la TD y su acción todavía están supeditadas a procesos de arborización dendrítica, conexiones de sustancia blanca, sinaptogénesis, desarrollo axonal, mielinización (CPF derecha), parcelación, maduración de sistemas de neurotransmisión y reducción de sustancia gris, con procesos que son guiados por principios genéticos (protomapa), pero dependientes de la acción ambiental (protocórtex) (Flores, Castillo-Preciado y Jiménez-Miramonte, 2014; García-Molina et al., 2009; Catalá-Barceló, 2002).

La falta de maduración neurológica, el desequilibrio entre las redes que integran la COF y CDL, los cambios hormonales, la mayor producción de dopamina y los ajustes en la regulación de los sistemas subcorticales (socioemocional) y corticales (control cognitivo) hacen al adolescente vulnerable con comportamientos y decisiones caracterizadas por la impulsividad, respuesta inmediata basada en la recompensa y falta de control (Tirapu-Ustárroz y Luna-Lario, 2013). Comportamientos frecuentes entre los 12 a 20 años o de forma tardía hasta los 25 años. La vulnerabilidad en la forma madurativa de las funciones ejecutivas podría ser concluyente en la definición de aceptación o inhibición de consumir una droga, ya que el sujeto con condiciones ejecutivas más desarrolladas tendría una ventaja ante el estímulo de consumo, a diferencia del sujeto con inmadurez en estos procedimientos (Blanco-Meléndez y Vera de la Puente, 2013; Dale y Grady, 2013; Rosselli Cock, Matute y Jurado, 2008; Portellano, 2005; Papazian et al., 2006).

La diferenciación en la forma de respuesta radica en la madurez, la cual depende de factores biológicos y ambientales (Fernández-Olaria y Flórez, 2017; Matute, Chamorro, Inozemtseva, Barrios, Rosselli y Ardila, 2008; Puentes et al., 2015; Moreno y Bonilla, 2013). Por ejemplo, los estudios que describen factores como la crianza estresante concluyen que estos hechos elevan las catecolaminas utilizadas en conductas de evasión y defensa, y reducen la liberación de dopamina y norepinefrina utilizada en el desarrollo de regiones temporales, posteriores y subcorticales, lo cual genera alteraciones en la COF (Abad-Mas et al., 2011; Lopera Restrepo, 2008) y, por ende, deficiencias en el funcionamiento ejecutivo.

Autores como McCarthy (1974), (como se citó en Moreno y Bonilla, 2013) han descrito retrasos ejecutivos que no implican daño cerebral, pero muestran diferentes comportamientos ineficientes de tipo psicomotor, de orientación, de inestabilidad emocional, deficiencias de atención y memoria, impulsividad y raciocinio, dificultades de aprendizaje, etc., (Erazo, 2013; Aran y López, 2013; Suárez, 2010).

A diferencia de estos, los hijos cuyos padres los estimulan frecuente y positivamente y tienen mejores niveles de educación, alimentación e interacción (Musso; 2010), muestran mejores condiciones para FE y TD (Dante Gómez, 2006; Gordillo et al., 2011). Esto explica el hecho de que las diferencias en las formas de procesar información y de realizar elecciones, puede traer ventajas futuras para algunos.

De esta forma, es posible concluir que la decisión negativa o inhibición de la conducta para consumir una droga podría ser el producto de la acción madura entre el FE (planeación, inhibición, fluidez, TD) y estructuras cognitivas, tipo creencia con tendencia negativa y, al contrario, la decisión positiva podría ser el producto de un FE inmaduro con tendencia a la impulsividad y baja planeación y, además, con creencias positivas hacia las drogas. Esta consideración ha sido también analizada por autores como Tapert, Baratta, Abrantes y Brown, (2002) quienes en su estudio realizado durante 8 años con 66 adolescentes encontraron que las leves deficiencias en inhibición, atención y comportamiento impulsivo se relacionaban con sujetos con tendencia a consumir drogas. Díaz et al. (2015) llegaron a una conclusión similar al identificar en un estudio experimental, con inclusión de medición de actividad cerebral, que los adolescentes con menor actividad en la CPF ventro medial y reducción en el FE mostraban tendencias al consumo. Estos resultados estaban asociados a modelos de crianza y educación negativa. En estudios correlacionales es común identificar conclusiones similares (Villegas, 2014; Rivarola et al., 2016).

## Conclusiones

Se le denomina droga a toda sustancia con capacidad para generar respuestas neurobiológicas de placer, euforia o calma, producto de la alteración en el sistema dopaminérgico y neuroquímico y de las conexiones entre la red subcortical y cortical del cerebro, el frecuente consumo concluye en comportamiento obsesivo y compulsivo, y trastorno por dependencia o abuso de una droga.

Según la APA (2014), existen diez tipos de drogas. Para la OMS (2005), se pueden clasificar en tres tipos: depresoras, estimulantes y perturbadoras. Todas pervierten al sistema dopaminérgico y afectan la maduración de regiones y redes del sistema subcortical y cortical, sin embargo, no todo consumo termina en cuadros de dependencia y abuso, pero sí existen factores de riesgos referidos a cambios neuroquímicos y con expresiones de automedicación o condiciones de heredabilidad.

Las difíciles condiciones de prevención e intervención de la pandemia han llevado a los estados a definir políticas para su intervención, las cuales emergen a partir de modelos de tipo económico centrados en el proceso de la oferta y la demanda. La implicación de la oferta considera que al reducir el producto del mercado, se controlaría el consumo en las calles, y la hipótesis de la demanda describe que la intervención debe ser con el sujeto demandante, con el comprador de la droga, con el individuo que toma la decisión de iniciar la conducta de consumo. Al reducir la demanda se controlaría la oferta.

En el estudio de procesos de elección y acción de consumo de drogas intervienen procesos neuropsicológicos de funcionamiento ejecutivo (planeación, inhibición, fluidez), toma de decisiones y estructuras cognitivas como la intencionalidad. Estos se integran y permiten definir procesos de elección y acción, pero a pesar de estas consideraciones, no existe la garantía para realizar elecciones con ventajas futuras. En parte porque la estimulación activa el marcador somático en la base del cerebro y este realiza elecciones según valencias de tipo visceral que pueden proyectarse a la región sensorio-motriz y realizar un movimiento-comportamiento, sin necesidad de interactuar plenamente con el funcionamiento de la CPF dorso lateral.

Los procesos de planeación, inhibición, resolución de problemas y TD son claves en la instrumentalización de las estructuras cognitivas y dependen del desarrollo y la madurez. La madurez en los seres humanos llega hasta la segunda década; incluso se pueden dar cambios años más tarde. De ahí que se nombre el desarrollo tardío, identificado por condiciones cognitivas y conductuales reducidas, frecuentes en la adolescencia.

En la adolescencia hay aumento de usuarios de drogas, producto de la elección y acción de conductas con desventaja futura, impulsividad y dificultad para el aprendizaje invertido. Su decisión es producto de la acción ambiental que presiona por decisiones con recompensa inmediata y por falta de madurez de las FE.

En este texto se describe la representatividad que tiene la decisión en el proceso de romper el círculo entre la oferta y la demanda, solo si se comprenden las condiciones que llevan a los sujetos a decidir y a realizar acciones que privilegien el consumo. En este ensayo se considera que el estudio de la intencionalidad con la TCP, la toma de decisiones y el funcionamiento ejecutivo podrían explicar la promoción de este hecho.

## Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

## Referencias

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Sirera-Conca, M., Cornesse, M., Delgado-Mejía, I., y Etchepareborda, M. (2011). Entrenamiento de las funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 52(supl.1), 77-83. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.52S01.2011012>
- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Adicciones*, 24(1), 17-22. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.113>
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127, DOI: <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Alcázar-Córcoles, M., Verdejo-García, A., Bouzo-Saiz, J., y Bezos-Saldaña, N. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Revista de neurología*, 50(5), 291-299. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.5005.2009316>
- Alcázar Córcoles, M., Verdejo García, A., Bouso Saiz, J., y Ortega, J. (2015). Búsqueda de sensaciones y conducta antisocial. *Anuario de psicología jurídica*, 25(1), 75-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.01.003>
- Alameda-Bailén, J., Salguero-Alcañiz, M., Merchan-Clavellino, A., y Paino-Quesada, S. (2014). Mecanismos cognitivos en la toma de decisiones arriesgadas en consumo de cannabis. *Adicciones*, 26(2), 146-158. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289131590007.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Amici K. & Boxer. A. (2013). Roles for acetylcholine in the modulation of care. En Miller & Cummings (Eds.), *The human lobes. Functions and disorders* (pp. 530-543). Londres: The Gilford Press.
- Andrade, P., Betancourt, D., Moreno, N., y Alvis, L. (2017). Fortalezas externas desde el modelo de desarrollo positivo de los jóvenes y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes mexicanos y colombianos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 515-529. doi. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4095>
- Arbaiza, M. (2014). *Alteraciones cognitivas, conectividad funcional y personalidad en el drogodependiente* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=97667>
- Ardila, A. (2013). *Funciones ejecutivas. Fundamentos y evaluación* [Documento de trabajo]. Universidad Internacional de la Florida, Miami.
- Ardila Ardila, A., y Ostrosky Solís, F. (2008). Desarrollo histórico de las funciones ejecutivas. *Revista de neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8(1), 1-21. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987433>
- Aran, A. (2011). Funciones ejecutivas en niños escolarizados: efectos de la edad y el estrato socioeconómico. *Avances en psicología latinoamericana*, 29(1), 98-113. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/499>
- Aran, A., y López, V. (2013). Funciones ejecutivas en la clínica neuropsicológica infantil. *Psicología desde el caribe*, 30(2), 380-415. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2013000200008&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2013000200008&script=sci_abstract&lng=es)
- Arellanez-Hernández, J., Diaz-Negrete, D., Wagner-Acheagaray, F., y Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados al abuso y dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio caso y controles. *Salud mental*, 27(3), 54-64. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16523>
- Asensio, S. (2011). *Bases neuroanatómicas y neurofuncionales del trastorno de abuso de alcohol y su relación con la impulsividad: estudio mediante resonancia magnética* (Tesis doctoral). Universidad Cardenal Herrera, Valencia, España.
- Barez, B., y Fernández, S. (2007). Repercusiones forenses del daño en el córtex prefrontal ventromedial: relevancia de la toma de decisiones. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 127-145. Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2007/2007art8.pdf>

- Barkley, R. A. (2011). *Las funciones ejecutivas y la autorregulación como fenotipo ampliado* [Curso para profesionales]. Fundación Mapfre. Recuperado de <https://www.aepap.org/sites/default/files/profesionales-cap-03.pdf>
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions. What they are. How they work, and why they evolved*. New York: The Guilford press.
- Barroso, J., y Leon-Carrion, J. (2002). Funciones ejecutivas: control, organización y planificación del conocimiento. *Revista de psicología general y aplicaciones*, 55(1), 27-44. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/51151/Funciones%20ejecutivas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bausela Herreras, E. (2005). Desarrollo evolutivo de la función ejecutiva. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 12(10), 85-93. Recuperado de [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/7018/RGP\\_12-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/7018/RGP_12-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bausela Herreras, E. (2007a). Función ejecutiva: evaluación y rehabilitación neuropsicológica. *Revista de educación*, 9, 291-300. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2061/b15176083.pdf?sequence=1>
- Bausela Herreras, E. (2007b). Implicaciones de las conexiones córtico y subcorticales del lóbulo frontal en la conducta humana. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 10(25), 7. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero25/revisio/texto>
- Bausela-Herreras, E. (2012). Alteraciones en el funcionamiento ejecutivo en diferentes trastornos del desarrollo en la infancia y adolescencia. *Archivo Neurociencias*, 17(3), 179-187. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2012/ane123g.pdf>
- Bausela-Herreras, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción psicológica*, 11(1), 21-34. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2014000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2014000100003)
- Becoña-Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bechara, A., & Damasio, A. (2004). The somatic marker hypothesis: a neural theory of economic decision. *Games and economic behavior*, 52(2). 332-372. DOI: 10.1016/j.geb.2004.06.010
- Bermúdez Moreno, J., y Contreras Felipe, A. (2008). Predictores psicosociales del consumo de tabaco en adolescentes: extensiones de la teoría de la conducta planificada. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(3), 175-186. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4058>

- Blanco-Meléndez, R., y Vera de la Puente, E. (2013). Un marco teórico de las funciones ejecutivas desde las neurociencias cognitivas. *Eikasía. Revista de filosofía*, 199-215. Recuperado de <http://www.revistadefilosofia.org/48-14.pdf>
- Borrella, S. (2013). *Programa educativo para fomentar actitudes positivas en adolescentes hacia los mayores* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, España.
- Bonci, A., & Susan, J. (2013). The mesocortical dopaminergic system. En Miller, B. & Cummings (Eds.), *The human lobes. Functions and disorders*. Londres: The Gilford Press.
- Broche-Pérez, Y., Herrera, L., & Omar-Martinez, E. (2016). Neural substrates of decision-making. *Neurología*. 31(5), 319-325. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.03.001>
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Canto, H. (2010). *Toma de decisiones en personas con traumatismo craneoencefálico severo* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Caña, M. L., Michilini, Y., Acuña, I., y Godoy, J. C. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Health and addictions*, 15(1), 55-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v15i1.231>
- Capilla, A., Fernández-González, S., Campo, P., Maestú, F., Fernández-Lucas, A., Mulas, F., y Ortiz, T. (2004). La magnetoencefalografía en los trastornos cognitivos del lóbulo frontal. *Revista de neurología*, 39(2), 183-188. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3902.2004250>
- Carballo Crespo, J. L., García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., García Cueto, E., Errasti Pérez, J. M., y Al-Halabi Díaz, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3049.pdf>
- Cardona Cañaveral, C., y Tamayo Lopera, D. (2015). Efectos de la disfunción ejecutiva en la toma de decisiones en pacientes con daño cerebral frontal. *Revista Psicoespacios*, 9(14), 93-128. DOI: <https://doi.org/10.25057/21452776.331>
- Carrero, M., Hidalgo, E., Matellanes, M., Moreno, J., y Palmerin, A. (2003). *Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso del alcohol en jóvenes* [Documento de trabajo]. Colegio Oficial de Psicólogos, España.



- Castaño, N. I., y Uribe, G. A. (2014). Barras de fútbol, consumo de drogas y violencia. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 243-279. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2014000200005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2014000200005&script=sci_abstract&tlng=es)
- Castellanos Obregón, J. M., y Espinosa Herrera, G. (2013). Revisión de las tendencias de investigación sobre consumo de sustancias ilegales por los jóvenes. *Virajes*, 15(2), 57-71. Recuperado de [http://vip.ucaldas.edu.co/virajes/downloads/Virajes15\(2\)\\_3.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/virajes/downloads/Virajes15(2)_3.pdf)
- Catalá-Barceló, J. (2002). Papel de los ganglios basales en la monitorización de las funciones de los lóbulos frontales. *Revista de neurología*, 34(4), 371-377. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3404.2001377>
- Celma, J., y Abella, F. (2012). Impulsividad como predictora de tabaquismo. En J. Celma y F. Abella (Eds.). *Neuropsicología de la impulsividad. Actualizaciones* (pp. 65-80). España: Ediciones Universidad de Lleida.
- Contreras, D., Catena, A., Cándido, A., Perales, J. C., y Maldonado López, A. (2008). Funciones de la corteza prefrontal ventromedial en la toma de decisiones emocionales. *Clinical and Health Psychology*, 8(1), 285-313.
- Contreras, M., Ceric, F., y Torrealba, F. (2008). El lado negativo de las emociones: la adicción a drogas de abuso. *Revista de Neurología*, 47(9), 471-476. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4709.2008259>
- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 10(2), 148-167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2014.947547>
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44(1), 23-31. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2006222>
- Damasio, A. (2009). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Critica.
- Dale, W., & Grady, Ch. (2013). Perception of frontal lobe function of functional neuroimaging studies of episodic memory. En B. Miller & J. Cummings (Eds.), *The human lobes. Functions and disorders*. Londres: The Gilford Press.
- Dante Gómez, C. (2006). Patrón de toma de decisiones desventajosas en pacientes drogodependientes. *Salud y drogas*, 6(1), 71-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.21134/haaj.v6i1.105>
- De Lorenzo, D. (2012). La comprensión de las bases biológicas de la personalidad en el siglo XXI: genómica de la impulsividad. En J. Celma. y F. Abello (Eds.). *Neuropsicología de la impulsividad. Actualizaciones* (pp. 81-97). España: Ediciones Universidad de Lleida.

- De Lucas, G. (2014). *Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la comunidad de Madrid* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Díaz Negrete, D. B., Arellanez Hernández, J. L., Rodríguez Kuri, S., y Fernández Cáceres, S. (2015). Comparación de tres modelos de riesgo de uso nocivo de alcohol en estudiantes mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 5(2), 2047-2061. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(15\)30022-3](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(15)30022-3)
- Donoghue, T., y Rabin, M. (2000). The economics of immediat gratification. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13(2), 233-250. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0771\(200004/06\)13:2<233::AID-BDM325>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0771(200004/06)13:2<233::AID-BDM325>3.0.CO;2-U)
- Dueñez, M. (2010). *Actitudes, intención conductual del consumo de drogas y el consumo de jóvenes de un área marginada* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Echavarría, M., y Giraldo, A. (2015). *Abordaje integral para la intervención de las conductas adictivas. Manual práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la atención primaria en salud*. Medellín: Secretaría de salud de Medellín y Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Erazo, O. (2013). Caracterización psicológica del estudiante y su rendimiento académico. *Revista Colombia de Ciencias Sociales*, 4(1), 23-41. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/948>
- Esparza, D., y Larue, J. (2008). Interacciones cognitivo-motoras: el papel de la representación motora. *Revista de Neurología*, 46(4), 219-224. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4604.2006488>
- Fernández-Utrilla, M. (2013). *Desarrollo de un modelo de predicción de intención de uso de redes sociales a través del impacto de las percepciones y motivaciones* (Tesis doctoral). Escuela Politécnica, Madrid.
- Fernández-Olaria, R., y Flórez, J. (2017). Funciones ejecutivas: bases fundamentales. Fundación Iberoamericana Down. Recuperado de <https://www.downciclopedia.org/neurobiologia/funciones-ejecutivas-bases-fundamentales.html>
- Flores-Lázaro, J., Castillo-Preciado, R., y Jiménez-Miramonte, N. (2014). Desarrollo de las funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. *Anales de psicología*, 30(2), 463-473. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.155471>
- Flores Lázaro, J., y Ostrosky Solís, F. (2008). Neuropsicología de los lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47-58. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987468>

- Flores, J., Ostrosky, F., y Lozano, A. (2012). Bateria de funciones ejecutivas y lóbulos frontales -BANFE-, manual de aplicación y calificación. México: Manual moderno.
- Flores Lázaro, J. (2016). Identificando los componentes no frontales de las funciones ejecutivas: estudio de caso. *Neuropsicología clínica*, 1(1), 25-38.
- Flores Lázaro, J., y Ostrosky-Shejet, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. México: Editorial Manual Moderno. México.
- Fuenmayor, D., y Saavedra, B. (2015). *Síndrome disejecutivo en adolescentes en conflicto con ley penal* (Trabajo de grado inédito). Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Gaitán, A., y Rey-Anacona, C. (2013). Diferencias en funciones ejecutivas en escolares normales, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de cálculo y condición comorbida. *Avances en psicología latinoamericana*, 31(1), 71-85. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/2347>
- Gamboa León, K., Mónico Díaz, P., y Triana Vergara, A. (2018). *Relación entre el procesamiento sensorial y el desarrollo de la función ejecutiva de inhibición en niños de 5 a 7 años que presentan trastorno del procesamiento sensorial* (Trabajo de grado). Recuperado en: <http://repository.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1107/Procesamiento%20sensorial%20e%20inhibici%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García Arias, M. (2012). *Las funciones ejecutivas cálidas y el rendimiento académico* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- García-Molina, A., Enseñat-Cantalops, A., Tirapu-Ustárriz, J., y Roig-Rovira, T. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Revista de neurología*, 48(8), 435-440. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4808.2008265>
- Gazzaley, A., & Esposito, M. (2013). Unification function prefrontal cortex. Executive control, neural networks and top down modulation. En Miller, B. & Cummings, J. (Eds.). *The human lobes. Functions and disorders* (pp. x-x). Londres: The Guilford Press.
- Giménez, J. (2011). *Análisis de los determinantes cognitivos que subyacen a la conducta de consumo intensivo de alcohol utilizando como marco de referencia la teoría de conducta planificada* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España.
- Gómez-Beldarrain, M. (2014). Síndromes disejecutivos: bases, clínica y evaluación [Documentos de trabajo inédito]. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/14\\_disejecutivos.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/14_disejecutivos.pdf)

- González, Y., y Morales, L. (2017). *Estimulación cognoscitiva en las funciones ejecutivas en niños con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años* [Documento de trabajo inédito]. Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano, Colombia. Recuperado de <http://190.131.241.186/bitstream/handle/10823/617/ESTIMULACION%20COGNOSCITIVA%20EN%20LAS%20FUNCIONES%20EJECUTIVAS.pdf?sequence>
- Gordillo, F., Arana, J., Salvador, J., y Mestas, L. (2011). Emoción y toma de decisiones: teoría y aplicación del iowa gambling task. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(1), 333-353. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/24816>
- Graña Gómez, J. L., y Muñoz-Rivas, M. J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(1), 19-32. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2827042>
- Grafman, J. (2013). Planning and brain. The human lobes. Functions and disorders. En B. Miller & J. Cummings (Eds.). *The human lobes. Functions and disorders*. Londres: The Gilford Press.
- Guzmán Facundo, F. R., García Salas, B. A., Rodríguez Aguilar, L., y Alonso Castillo, M. M. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera Nortes*, 26(51), 53-74. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-73722014000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722014000100003)
- Hernández, E., Salazar, M., Vacio, M. A., y Rodríguez, S. (2017). Instrumento para evaluar la intención de niños mexicanos para consumir bebidas alcohólicas desde la teoría de la conducta planeada. *Universitas Psychologica*, 16(2), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.iein>
- Hidalgo, M., y Redondo, A. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatric Integral*, 9, 137-155.
- Jiménez, C. (2013). *Estudio de las funciones ejecutivas y la conducta social en jóvenes de 11 a 13 años* (Tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Jodar-Vicente, M. (2004). Funciones cognitivas del lóbulo frontal. *Revista de neurología*, 39(2), 178-182. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3902.2004254>
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., y Tirapu Ustárrroz, J. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones*, 16(19), 46-52. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.417>
- López, M. (2012). *Determinantes de la conducta planeada y el significado del consumo de tabaco y/o alcohol y el consumo de estas sustancias en adolescentes* (Tesis doctoral). Universidad de Nuevo León, México.

- Lopera Restrepo, F. (2008). Funciones ejecutivas. Aspectos clínicos. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 59-76. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987492>
- Lloret Irlles, D., Morell-Gomis, R., Laguía, A., y Moriano, J. (2017). Diseño y validación de una escala de consumo de cannabis (Quic) para adolescentes. *Adicciones*, 30(1), 11-12. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.865>
- Luengo, M., Romero, E., Gomez, J., Guerra, A., y Lence, M. (2012). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Martínez, I. (2012). *Efectos de la exposición y calidad de la prevención escolar en el consumo de drogas y factores de riesgo en estudiantes de secundaria* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Martínez-Selva, J. M., Sánchez-Navarro, J. P., Bechara, A., y Román, F. (2006). Mecanismos cerebrales implicados en la toma de decisiones. *Revista de Neurología*, 43(3), 189-193. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4303.2006324>
- Martín, M., Martínez, J. M., y Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panam Salud Pública*, 29(6), 433-43. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9497/09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez, L., y Ojeda, T. (2016). *Informe sobre hábitos de consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes en espacios de ocio: resultados de intervención de una noche de fiesta*. Unidad de prevención comunitaria en conductas adictivas. España: Ayuntamientos de Alfanfar.
- Martínez González, F., Pérez Mulet, E., y De las Heras R. M. (2008). *Nexus. Programa para la prevención del consumo de drogas*. Documento de trabajo no publicado. Madrid, España: Deporte y vida-Asociación deportiva. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/166.pdf>
- Martínez-Lorca, M., y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas. ¿Existe relación? *Adicciones*, 15(2), 145-158. Recuperado de <https://medes.com/publication/10070>
- Marino, J. (2010). Actualización en tests neuropsicológicos de funciones ejecutivas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 34-45. DOI: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/5268>
- Mariño, N., Castro, J., y Torrado, J. (2012). Funcionamiento ejecutivo en policonsumidores de sustancias psicoactivas. *Revista de psicología de la Universidad de Antioquia*, 4(2), 49-64. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/15480>

- Matute, E., Chamorro, Y., Inozemtseva, O., Barrios, O., Rosselli, M., y Ardila, A. (2008). Efecto de la edad en una tarea de planificación y organización (pirámide de México) en escolares. *Revista neurología*, 47(2), 61-70. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4702.2007618>
- Melo Hurtado, D., y Castanheira Nascimento, L. (2010). Autoeficacia y actitud: hacia el consumo de drogas en la infancia. *Revista Latino-am Enfermagem*. 18., 658-662.
- Megina, M. (2012). Revisión del concepto inhibición en neuropsicología como parte esencial de las conductas adictivas. En J. Celma y F. Abella (Eds.). *Neuropsicología de la impulsividad. Actualizaciones*. España: Ediciones Universidad de Lleida.
- Meilan, J., Pérez, E., y Arana, J. (2000). Procesos cognitivos y neurológicos implicados en la secuencia intencional. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 8(20-21), 1-18. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero20/4-meilan/reme.numero.20.21.procesos.cognitivos.y.neurológicos.pdf>
- Méndez, M. (2012). Variables de conducta, factores de riesgo para la salud y adaptación integral relacionados con la problemática bullying en estudiantes de educación secundaria (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Michelini, Y., Acuña, I., y Godoy, J. (2016). Emociones, toma de decisiones y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Suma psicológica*, 23(1), 42-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.01.001>
- Miller, B. (2007). Visión general de los lóbulos frontales. En B. Miller, & J. Cummings, (Eds.). *The human lobes. Functions and disorders*. Londres: The Gilford Press.
- Miller, B., & Cummings, J. (2013). Conceptual and clinical aspects of the frontal lobes. En B. Miller & J. Cummings (Eds.). *The human lobes. Functions and disorders*. Londres: The Gilford Press.
- Ministerio de Protección Social y Salud. (2008). *La Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA al alcance de tod@s: Una herramienta para construir para socializar y construir política en lo social*. Recuperado de <http://portalterritorial.gov.co/apc-aa-files/7515a587f637c2c66d45f01f9c4f315c/politica-nacional-de-reducci.pdf>
- Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F. J., y Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relaciones con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Revista Psicothema*, 18(1), 52-58. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3175.pdf>
- Mogedas Vallares, A. I., y Alameda Bailén, J. R. (2011). Toma de decisiones en pacientes drogodependientes. *Adicciones*, 23(4), 277-287. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.121>

- Moreno, M., y Bonilla, M. (2013). Intervención neuropsicológica en un adolescente con problemas de aprendizaje. Análisis de caso. *Revista neuropsicología latinoamericana*, 5(1), 49-57. DOI: 10.5579/rnl.2013.0118
- Muñoz-Rivas, M., y Graña-López, J. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>
- Musso, M. (2010). Funciones ejecutivas: un estudio de los efectos de la pobreza sobre el desempeño ejecutivo. *Interdisciplinaria*, 27(1), 95-110. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v27n1/v27n1a07.pdf>
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2003). *Alucinógenos y drogas disociativas. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1113-alucingenos-y-drogas-disociativas.pdf>
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2005). *La heroína abuso y adicción. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-heroinal-panorama-general>
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2007a). *Abuso de los esteroides anabólicos. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/esteroides.pdf>
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2007b). *Abuso y adicción a la metanfetamina. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rmetanfeta.pdf>
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2010a). *Adicción al tabaco. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rrtabaco\\_0.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rrtabaco_0.pdf)
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2010b). *Cocaína abuso y adicción. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rrcocaina.pdf>
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (febrero de 2011). *Abuso de inhalantes* [Entrada en una página web]. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes/nota-de-la-directora>
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2012). *Los medicamentos de prescripción: abuso y adicción. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/prescriptiondrugs\\_rrs\\_sp\\_1.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/prescriptiondrugs_rrs_sp_1.pdf)
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2015). *La marihuana. Serie de reportes de investigación*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1832-la-marihuana.pdf>

- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2017). *Abuso de la MDMA (éxtasis)*. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/1182-abuso-de-la-mdma-xtasis.pdf>
- Najul, R., y Witzke, M. (2008). Funciones ejecutivas y desarrollo humano y comunitario. *Kaleidoscopio*, 5(9), 58-74. Recuperado de [http://kaleidoscopio.uneg.edu.ve/numeros/k09/k09\\_art06.pdf](http://kaleidoscopio.uneg.edu.ve/numeros/k09/k09_art06.pdf)
- Orgar, J., y Gorno-Tempini, M. (2007). La corteza orbitofrontal y la ínsula. En B. Miller & J. Cummings (Eds.). *The human lobes. Fuctions and disorders* Londres: The Gilford Press.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, Estados Unidos. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10\\_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas\\_resumen.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf)
- Orjales Villar, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de educación*. 11(1), 71-84. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=150292>
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 25(3), 239-254. Recuperado de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/06/Riesgos-en-la-adolescencia.pdf>
- Papazian, O., Alfonso, I., y Luzondo, R. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 42(supl. 3), 45-50. Recuperado de <http://www.publicacions.ub.es/refs/Articles/trastornsfe.pdf>
- Patiño-Masó, J. (2012). *Patrones de consumo de cocaína en los jóvenes* (Tesis doctoral). Universidad de Girona, España.
- Peltzer, R., Conde, K., Biscarra, M., Lichtenberger, A., & Cremonte, M. (2017). Broadening the evidence for the theory of planned behavior: predicting heavy episodic drinking in argentinean female and male youth. *Health and addictions*, 17(2), 159-167. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/BROADENING-THE-EVIDENCE-FOR-THE-THEORY-OF-PLANNED-%3A-Peltzer-Conde/df36a039c5655ba43826c835c3a23eabb51fb542>
- Perales, J., Nogueira-Cruz, J., Cruz-Quintana, F., Láynez-Rubio, C., Verdejo-García, A., y Pérez-García, M. (2014). The role of motor impulsivity in socioemotional adjustment in high-risk seven-year-old children and healthy controls: A follow up-study. *Anales de psicología*, 30(1), 221-231. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.145201>



- Pedrero-Pérez, E., Ruiz-Sánchez de León, J., Rojo-Mota, G., Morales-Alonso, S., Pedrero-Aguilar, J., Lorenzo, I., y Gonzáles, A. (2016). Inventario de síntomas prefrontales (ISP): validez ecológica y convergencia con medidas neuropsicológicas. *Revista de neurología*, 63(6), 241-251. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6306.2016143>
- Pérez, A., y Mejía, J. (2015). Colombia, prevención del consumo de drogas y alcohol en Colombia. En A. Pérez, J. Mejía & E. Becoña (Eds.). *De la prevención y otras historias. Historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa* (pp. 69-85). Bogotá.
- Pérez, A., Mejía, J., Reyes, M. F., y Cardozo, F. (2015). Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: 2015. Segundo estudio en siete capitales y dos municipios pequeños. Bogotá: Corporación Nuevos Rumbos. Recuperado de <http://nuevosrumbos.org/wp-content/uploads/2015/12/Consumo-de-Alcohol-en-menores-de-edad-en-Colombia-2015.pdf>
- Pistoia, M., Abad-Mas, L., y Etchepareborda, M. C. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista Neurología*, 38(supl.1), 149-155. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.38S1.2004059>
- Portellano, J. (2005). *Cómo desarrollar la inteligencia. Entrenamiento neuropsicológico de la atención y funciones ejecutivas*. Madrid: Somos psicología.
- Puentes, P., Jiménez, G., & Pineda, W. (2015). Fenotipos del control inhibitorio en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En P. Puentes, J. Acosta, M. Cervantes, G. Jimenez, M. Sánchez, W. Pineda & S. Téllez (Eds.). *Neuropsicología de las funciones ejecutivas*. Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Quintero, M. (2015). *La prevención de las adicciones en contextos familiares y escolares: análisis del programa de prevención de la asociación proyecto hombre "entre todos"* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Rebollo, M., y Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de neurología*. 42(supl. 2), 3-7. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/sec-academica/asignaturas/aprendizaje/Atencion%20y%20fe.pdf>
- Robalino, D. (2013). *La función ejecutiva y el bajo rendimiento escolar en niños y niñas de 8 a 12 años* (Tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Robert, P., Benoit, M., & Caci, H. (2013). Serotonin and the frontal lobes. En B. Miller & J. Cummings (Eds.). *The human lobes. Functions and disorders*. Londres: The Gilford Press.

- Rodríguez-Kuri, S., Díaz-Negrete, D., Gracia-Gutiérrez de Velasco, S., Guerrero-Huesca, J., y Gómez-Maqueo, E. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas en estudiantes mexicanos. *Salud mental*, 30(1), 68-81. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam071i.pdf>
- Rodríguez Kuri, S., Díaz Negrete, D., García Gutiérrez, S., Guerrero Huesca, J., y Gómez-Maqueo, E. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud mental*, 34(1), 27-35. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100004)
- Rosselli Cock, M., Matute, E., y Jurado, M. B. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 8(1), 23-46. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987451>
- Ruiz-Sánchez, J., Pedrero-Pérez, E., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., y Puerta-García, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de neurología*, 54(11), 649-663. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.5411.2012019>
- Ruiz, I. (2013). *Estudio de la función ejecutiva en menores infractores de 14 a 16 años del centro de adolescentes infractores (CAI), Virgilio Guerrero* (Tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Riaño-Hernández, Guillen, A., y Buela-Casal, G. (2015). Conceptualización y evaluación de la impulsividad en adolescentes: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1077-1090. DOI: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n3/v14n3a24.pdf>
- Rivarola, G., Pilatti, A., Godoy, J., Brussino, S., y Pautassi, R. (2016). Modelo de predisposición adquirida para el uso de alcohol en adolescentes argentinos. *Suma psicológica*, 23, 116-124. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.002>
- Saiz Galdós, J. (2009). Estudio empírico de las variables de la teoría de la conducta planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Revista Adicciones*, 21(3), 187-194. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122899002.pdf>
- Sandoval, C., y Ostrosky, F. (2012). Efectos del polimorfismo Val108/158Met del gen dopaminérgico Catecol-O-metil transferasa COMT en las funciones ejecutivas de preescolares. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7(3), 115-121. DOI: 10.5839/rcpm2012.0703.04

- Sánchez, L. (2009). *Las percepciones sociales como determinantes del consumo de psicoestimulantes entre los jóvenes riojanos*. Observatorio Riojano sobre drogas. España: Gobierno de la Rioja.
- Sánchez, T., Arroyo, A., y Azcona, A. (2014). Relación entre consumo de sustancias, búsqueda de sensaciones, impulsividad y síndrome disejecutivo en población universitaria. *Reduca – serie congresos alumnos*, 6(4), 312-321. Recuperado de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/1831>
- Sánchez-Sarmiento, P., Giraldo-Huertas, J., y Quiroz-Padilla, M. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en psicología latinoamericana* 31(1), 241-251. Recuperado de <https://revistas.uosario.edu.co/index.php/apl/article/view/2367>
- Sastre-Riba, S. (2006). Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 46(supl. 2), S143-S151. Recuperado de DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.42S02.2005782>
- Sastre-Riba, S., Merino-Moreno, N., y Poch-Olive, L. (2007). Formatos interactivos y funciones ejecutivas en el desarrollo temprano. *Revista de Neurología*, 44(supl.2), 61-65. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.44S02.2006661>
- Shimamura, A. (2000). The role of the prefrontal cortex in dynamic filtering. *Psychobiology* 28(2), 207-218. DOI: 10.3758/BF03331979
- Soprano, A. (2003). Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño. *Revista de Neurología*, 37(1), 44-50. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3701.2003237>
- Stelzer, F., Cervigni, M., y Martino, P. (2010). Bases neurales del desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia y la adolescencia. Revisión. *Revista chilena de neuropsicología*, 5(3), 176-184. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179318868001>
- Stuss, D., & Levine, B. (2002). Adult clinic neuropsychology: lessons from studies of the frontal lobes. *Annual review of psychology*. 53, 401-433. DOI: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135220
- Suárez, N. (2010). Caracterización de las funciones ejecutivas (planeación, control inhibitorio y flexibilidad mental) y representaciones sociales del suicidio en personas con historia de intento de suicidio. *Revista entornos*, (23), 127-136. Recuperado de <https://bit.ly/2xDxANn>
- Tapert, S., Baratta, M., Abrantes, A., & Brown, S. (2002). Attention Dysfunction Predicts Substance Involvement in Community Youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 680-686. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00007>

- Thoumi, (2009). Una mirada regional: la economía de las drogas en América Latina. Drogas ilegales: algunas verdades incómodas para Colombia. En *La economía de las drogas ilícitas. Escenarios de conflicto y derechos humanos* (pp. 54-73). Barcelona: Colectivo Maloka.
- Tirapu-Ustárróz, J., Muñoz-Céspedes, J., y Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas. Necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología*, 34(7), 673-685. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3407.2001311>
- Tirapu-Ustárróz, J., y Luna-Lario, P. (2013). *Neuropsicología de las funciones ejecutivas* [Documento de trabajo inédito]. Recuperado de <http://autismodiario.org/wp-content/uploads/2013/12/Neuropsicolog%C3%ADa-de-las-funciones-ejecutivas.pdf>
- Tirapu-Ustárróz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, T., y Pelegrín-Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Revista de Neurología*, 46(11), 684-692. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.4611.2008119>
- Tirapu-Ustárróz, J., Cordero-Andres, P., Luna-Lario, P., y Hernaez-Goñi, P. (2017). Propuesta de un modelo de funciones ejecutivas basado en análisis factoriales. *Revista de Neurología*, 64(2), 75-84. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6402.2016227>
- Toaza, A. (2011). *Percepción de riesgos asociados al consumo de drogas y su influencia en estudiantes de octavo año de básica y primero de bachillerato de los colegios Padre Miguel Gamboa* (Trabajo de grado). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Torralba, E. (2015). *Estudio psicosocial de las actividades de ocio en la adolescencia* (Tesis doctoral). Universidad de Castilla, La Mancha, España.
- Tort, B., Cortes, M., Gimenez, J., Luque, L., y Gómez, R. (2011). Elaboración de un cuestionario basado en la teoría de conducta planificada de Ajzen para evaluar el consumo de alcohol en atrancon en adolescentes. *Revista española de drogodependencia*, 36(4), 403-412. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/47551>
- Topa, G., Moriano, J., y Morales, J. (2012). Abandonar el tabaco: meta-análisis y modelo de ecuaciones estructurales desde la teoría de conducta planificada. *Clínica y salud*. 23(1), 43-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2012v23n1a1>
- Trujillo, A., Forns, M., y Pérez, A. (2007). Uso de sustancia y percepción de riesgo: estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Revista Adicciones*, 19(2), 179-190. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.315>

- Vayas, R., y Carrera, L. (2012). Disfunción ejecutiva. Síntomas y relevancia de su detección desde atención primaria. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 5(3),191-197. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000300007>
- Vera-Noriega, J., Tanori-Quintana, J., Valdés-Ángel, A., Martínez-Cuervo, L., y Carlos-Martínez, E. (2014). Modelo de medición de la intención de consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 48(2), 315-327. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/284/28437897008/>
- Verdejo-García, A., Aguilar de Arcos, F., y Pérez-García, M. (2004). Alteración de los procesos de toma de decisiones vinculados al córtex prefrontal ventromedial en pacientes drogodependientes. *Revista de Neurología*, 38(7), 601-606. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3807.2003639>
- Verdejo, A., y Pérez-García, M. (2005). Neuropsicología en el ámbito de las drogodependencias. Evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (53), 39-43. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1446319>
- Verdejo, A. (2006). *Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Verdejo-García, A., y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psichotema*, 22(2), 227-235. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72712496009.pdf>
- Villalba Ruiz, E., y Verdejo-García, A. (2012). Procesamiento emocional, interocepción y funciones ejecutivas en policonsumidores de drogas en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 14(1), 10-20. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70038-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70038-7)
- Villegas, M. (2014). *Crianza parental, funciones ejecutivas y su influencia en el consumo de alcohol en adolescentes* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., McCoy, S., López-Peña, P., y Bautista-Arredondo, S. (2013). *Guía para medir comportamiento de riesgo en jóvenes*. Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.

The background of the entire page is a complex, repeating pattern of molecular or network structures. It consists of numerous small circles in shades of green and brown, connected by thin, light-colored lines. The circles vary in size and are scattered across the white background, creating a dense, interconnected web of nodes and edges. This pattern is consistent across the top and bottom sections of the page.

# ESTUDIO DE CASO

## CASE STUDY

# Terapia cognitiva y activación conductual del trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias

## Cognitive Therapy and conductual activation, recurrent major depressive disorder induced by substances

Juan Felipe Valencia Acevedo\*

Recibido: 18 de julio de 2018- Aceptado: 21 de diciembre de 2018–Publicado: 02 de enero de 2019

**Forma de citar este artículo en APA:**

Valencia Acevedo, J. F. (enero-junio, 2019). Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp. 150-171. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3162>

### Resumen

Este estudio de caso único presenta la intervención en un paciente con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio recurrente y características de ansiedad inducidas por sustancias. Para la fase de línea base y medición se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Desesperanza de Beck (BHS) y una entrevista clínica. Después de 16 sesiones, se evidencia una reducción significativa en las puntuaciones de depresión del paciente. Se discute la importancia de direccionar los ámbitos investigativos en el establecimiento y difusión del modelo de AC para la depresión como estrategia sólida y eficaz combinándolo con la TC, presentando estudios en los cuales se muestre un rigor investigativo que permita evidenciar el cambio individual en las variables relacionadas con los síntomas depresivos.

### Palabras clave:

Activación Conductual; Diseño de caso único; Psicología basada en la evidencia; Trastorno Depresivo mayor; Terapia Cognitiva.

\* Psicólogo y Magíster en Psicoterapia. Profesor de psicología, Corporación Universitaria Minuto de Dios–UNIMINUTO Medellín-Colombia. Correo electrónico: [juan.valencia-ac@uniminuto.edu.co](mailto:juan.valencia-ac@uniminuto.edu.co), ORCID 0000-0002-3744-5260

## Abstract

This study, of unic case presents the intervention in a patient with major depressive disorder diagnosis, recurrent episode and characteristics of anxiety provoked by substances. For the stage of baseline and measurement the Inventory of Beck's Depression was used (BDI-II), Inventory of Beck's Anxiety (BAI), Scale of Beck's Despair (BHS) and a clinic interview. After 16 sessions, a meaningful reduction was evidenced in the depression score of the patient. The importance of directioning the investigative areas is discussed in the establishment and diffusion of the AC model for depression as a solid strategy and efficient if combined with the TC, showing studies in which are an investigative rigor shown that allows to evidence the individual change in the related variables with the depressive symptoms.

## Keywords:

Conductual Activation; Unic Case Design; Evidence Based Psychology; Major Depressive Disorder; Cognitive Therapy.



## Introducción

El episodio depresivo mayor está referenciado en el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su 5ª edición (DSM-5, 2013), como una patología compuesta por un conjunto de criterios diagnósticos como estado de ánimo deprimido o bajo que persiste durante la mayor parte del día, casi todos los días, además de la incapacidad de experimentar felicidad o placer; agrega síntomas como pérdida de peso sin hacer dieta, aumento de peso o del apetito, alteraciones en el sueño como insomnio o hipersomnia, signos de agitación o retraso psicomotor, sentimientos de fatiga o de pérdida de la energía, de inutilidad o de culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos de muerte o ideaciones suicidas sin un plan determinado e intentos suicidas o un plan específico para llevarlo a cabo (American Psychiatry Association, 2013).

Como criterio contribuyente al trastorno depresivo, también es necesario clarificar la correlación que existe entre el trastorno inducido por sustancias (TIS) y el trastorno por el uso de sustancias (TUS). Los siguientes cuadros psicopatológicos se consideran dentro del grupo TIS: la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos como los “psicóticos, los bipolares y relacionados, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales, el delirium y los trastornos neurocognitivos” (American Psychiatry Association, 2013, p. 481).

Es necesario particularizar esta clasificación diagnóstica porque el abuso en consumo de drogas produce una activación del sistema de recompensa cerebral, (núcleo accumbens) implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos (American Psychiatry Association, 2013). “Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que incluso se descuidan las actividades normales” (American Psychiatry Association, 2013, p. 481), es decir que, en vez de obtener esta estimulación utilizando comportamientos y conductas adaptativas, las drogas que se consumen reemplazan estas rutas y activan las vías de recompensa sin atajos o directamente. Esta activación produce generalmente que los pacientes con menores niveles de autocontrol e inhibición cerebral estén más predispuestos a desarrollar TUS, lo cual sugiere que “se pueden evidenciar las raíces de estos trastornos a través de los comportamientos que se instauran con bastante anterioridad al propio consumo de la sustancia” (American Psychiatry Association, 2013, p. 481).

Los TIS son síndromes en doble vía ya que pueden ser potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes y se habitúan como residuo de los efectos del abuso de sustancias (American Phychiatry Association, 2013). La diferencia entre estos y los TUS está en que “un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos contribuyen al consumo continuado a pesar de los problemas significativos relacionados con la sustancia” (American Phychiatry Association, 2013, p. 487).

“Todos los trastornos mentales inducidos por sustancias comparten ciertas características” (American Phychiatry Association, 2013, p. 488), las cuales radican, primero, en que la alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante. Segundo, es necesario que existan pruebas de los síntomas que se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia consumida a partir de la historia clínica. Tercero, la alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (un trastorno que no sea el inducido por sustancias). Es decir que la alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o la exposición al consumo, o el trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (por ejemplo, al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración de la droga. Cuarto, el trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium. Y quinto, la alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (American Phychiatry Association, 2013).

El panorama nacional del trastorno depresivo muestra que es el más prevalente en la población respecto a otros trastornos, según reportan (Gómez, et al., 2016), con una prevalencia de vida del 4.3% (IC95%). Y de igual manera, cita unos factores o predisposiciones personales reseñados en la IV Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) que significativamente puntúan y están asociados a cualquier trastorno. Se encontraron factores, como estar separado, viudo o divorciado (OR = 1.3), el intento de suicidio previo (OR= 3.3) y tener seis o más rasgos de personalidad límite (OR = 2.7), que incrementan el riesgo de padecer algún trastorno mental como el trastorno depresivo.

En el segundo estudio de salud mental del adolescente realizado en Medellín (Universidad CES y Alcaldía de Medellín, 2009) se muestra un análisis bivariado en referencia la depresión y se identifican los factores de riesgo para depresión. Para ello, puede observarse que el factor con más fuerza es el maltrato infantil (R=4.4 con IC 95% 3.57–5.40), también presentar problemas de conducta (R= 4.2 e IC 95% 3.16–5.68), el estrés postraumático (R= 3.4 e IC 95% 2.73 – 4.4); otros factores de riesgo importantes encontrados fueron la presencia de problemas académicos, ausencia de red de apoyo, dependencia de drogas y dependencia al alcohol.

Como variable biológica y etiológica del trastorno de depresión, se considera que sus bases pueden tener un origen genético, fisiológico u hormonal, o ser provocada por condiciones de estrés y/o factores psicológicos y sociales. Sin embargo, las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas (serotonina, norepinefrina y dopamina), en gran parte por el mecanismo de acción de los antidepresivos (Caponi, 2009). Partiendo del antidepresivo, se inicia la búsqueda de causas biológicas, por lo tanto, se encuentra en la posibilidad de identificar cuáles son los mecanismos biológicos o los receptores neuronales afectados por este antidepresivo y, de ese modo, se podrá conocer la causa orgánica, cerebral. Además, se pueden identificar posibles disfunciones en el sistema nervioso central únicamente después de que ocurren las modificaciones en las estructuras cerebrales a causa de las modificaciones que los antidepresivos provocan en las conductas.

También Londoño Pérez y González Rodríguez (2016) realizaron un análisis de factores asociados al trastorno depresivo, o estudio de ecuaciones estructurales, en el que incluyeron variables como la ansiedad con un peso relativo de varianza de  $PRVE=0.37$ , los estilos de afrontamiento con un indicador de  $PRVE=0.38$ , el funcionamiento familiar puntuando  $PRVE=0.32$  y el género con un  $PRVE=.16$ . Esto puede brindar una explicación de cómo el 66% de severidad de la depresión es probable que se presente en hombres. En este estudio de ecuaciones estructurales se concluye que, para el primer y segundo factor, un estilo de afrontamiento mixto conformado por la evitación con una puntuación de 0.21, seguido de una puntuación negativa que hace el estilo centrado en la solución de problemas (-0.11) y del aporte positivo del afrontamiento centrado en la autoculpa (0.10), predisponen para la aparición del trastorno. Luego se explican unas variables latentes en el proceso del tercer factor denominadas acontecimientos vitales estresantes, y el funcionamiento familiar con una puntuación  $PRVE=0.32$  respectivamente; se evidencia de manera contundente que el impacto psicológico aporta en mayor medida y de forma negativa con un -0.56, más que el número de eventos reportados por la persona con un 0.03, a la explicación de la severidad de la depresión. Respecto del funcionamiento familiar, se encontró que la disfunción familiar aporta un peso relativo de varianza positivo que puntúa 0.15 y el soporte familiar aporta de forma negativa con -0.19. En el cuarto factor, se encontró que el rol de género aportaba el menor peso a la aparición del trastorno con un  $PRVE=0.16$  en la masculinidad y el rol femenino con una puntuación de  $PRVE=0.22$ . Todas las relaciones descritas del modelo cumplen el criterio mínimo de ser significativas con un  $p \leq 0.05$ .

Para explicar el proceso de intervención se desarrolla el modelo cognitivo. Para Riso (2006), en el modelo cognitivo las perturbaciones psicológicas tiene un común denominador llamado distorsiones del pensamiento, que tiene influencia notoria en las emociones y el comportamiento de las personas. También propone que una óptima evaluación y modificación del pensamiento presenta un efectivo resultado de mejoría en esos estados de ánimo y de comportamientos. Concluye entonces que esta mejoría se da en razón de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. En el mismo texto, Leahy (2003) afirma que el modelo de la terapia cognitiva está basado en el supuesto de que los estados disfuncionales, como la depresión, ansiedad o ira son

frecuentemente mantenidos por pensamientos distorsionados. Riso (2006) ahonda en que la terapia cognitiva puntualiza y su punto focal de trabajo está en la modificación cognitiva de esquemas, procesos y productos, y la relación que tienen estos pensamientos automáticos, las distorsiones cognoscitivas con las emociones y el comportamiento. También indica que el paquete de tratamiento se proyecta y focaliza en identificar y corregir esas estructuras de procesamiento de información que contienen pensamientos/emociones, valores, esquemas motivacionales y un sistema general de creencias.

Ahora como estrategia de tratamiento alterna al modelo cognitivo, se realiza la implementación de la terapia de activación conductual para la depresión, citada en Barraca (2010, p. 184). Este autor resalta que la activación se encamina, como su nombre lo indica, a reducir o mitigar efectivamente los síntomas depresivos, es decir, puntualizar en jerarquización de tareas, programación de objetivos vitales, reforzar conductas de contacto social o realización de actividades gratificantes. Mostrando este tipo de intervención como una de las que posibilitan mejorar el cuadro depresivo de forma estable y evitar futuras recaídas. En conclusión, el autor indica que es posible definir la terapia de activación conductual como “un procedimiento bien estructurado, aunque flexible y con un carácter ideográfico, encaminado a lograr que los pacientes deprimidos aprendan a organizar sus vidas y cambiar su entorno para que se restablezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo” (Barraca, 2010, p. 184).

Al buscar el impacto y efectividad de la terapia de activación conductual para la psicopatología de la depresión, se encuentra que en su contenido promueve a que el consultante participe en actividades valiosas y agradables, es decir que este modelo de intervención se convierte en una de las terapias más prometedoras para implementar dentro del campo clínico, en tanto promueve elevar indicadores de bienestar en la persona que padece esta enfermedad, de acuerdo con el texto “Behavioral activation interventions for well-being: a meta-analysis” (Mazzucchelli, Kane & Rees, 2010). Aquí se halló un tamaño de efecto estadísticamente significativo ya que el puntaje (g de Hedges) indicó que la diferencia en el efecto presentando por la AC y las condiciones de control en el postest fue de 0.52. Por lo tanto, según concluyen los autores, la AC parece proporcionar una intervención con suficiente sustento y evidencia científica como para promover el bienestar de una gama de poblaciones tanto en entornos clínicos como no clínicos.

Como se ha mostrado con la citación de artículos que referencian las psicoterapias a implementar en el transcurso de este análisis de caso, es necesario mencionar que dicha bibliografía y apuntes técnicos de la efectividad y eficacia de la psicoterapia se caracterizan por estar dentro del marco de teorías y metodologías basadas en evidencia científica dentro de la psicología; es decir, según American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006, p. 271), la llamada práctica basada en evidencia en psicología es un avance de la ciencia psicológica que se ha desarrollado muy en paralelo a los últimos 20 años de trabajo con base en la evidencia que ha presentado la medicina; la cual refieren autores citados en este mis-

mo artículo (Sox & Woolf, 1993; Woolf & Atkins, 2001). Esta labor terapéutica basada en la evidencia propende por el objetivo de asegurar los mejores resultados para el paciente, basados en fundamentos e información de la práctica clínica con investigaciones relevantes que potencialicen la efectividad y eficacia de la misma. De igual manera, Sackett, Rosen-Berg, Gray Haynes y Richardson (1996) hacen alusión a la práctica basada en la evidencia como la conciencia plena y crítica, además del uso juicioso, de la mejor evidencia presente en la literatura científica actual para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. Se adjunta a la búsqueda realizada de terapias basada en la evidencia, con significancia estadística sobre su efectividad, un estudio del tratamiento de terapia cognitivo conductual que, según la división 12 de la APA, cuenta con una fuerte evidencia. En el estudio “The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis” (Cristea, et al., 2015, p. 2), se buscaron ensayos aleatorios que compararan la terapia cognitivo conductual aplicada a la depresión en adultos versus grupos de control u otras terapias. Mejor indica que una óptima interpretación de estos hallazgos sirve para confirmar “la primacía del cambio cognitivo en el cambio de síntomas, independientemente de cómo se logre, así como la idea de que los pensamientos disfuncionales son simplemente otro síntoma que cambia después del tratamiento” (Cristea, et al., 2015, p. 2).

En búsqueda de más evidencias que apoyen la efectividad de esta terapia, se referencia a (Cuijpers, et al., 2013) quienes se preguntan qué tan perdurables son los resultados de la terapia cognitiva conductual aplicada a la depresión, en comparación con los resultados que arroje la permanencia de un consultante en tratamiento farmacológico,; indican los autores: “en este metanálisis, se comparan los efectos de la TCC en fase aguda sin ningún tratamiento posterior, con los efectos de la farmacoterapia que se continuaron o suspendieron entre los 6 a 18 meses de seguimiento” (Cuijpers, et al., 2013, p. 2). Los autores concluyen que la terapia cognitivo conductual (TCC) tiene un efecto que permanece después de la finalización del tratamiento. También indican que no existen diferencias significativas en la recaída después de la TCC versus la continuación de la farmacoterapia después de la remisión. Para concluir con este apartado, los autores advierten que “dado el pequeño número de estudios, este hallazgo debe interpretarse con precaución a la espera de la replicación” (Cuijpers, et al., 2013, p. 6). Por tanto, el objetivo es presentar un análisis de caso único en el que se pretende intervenir por medio de activación conductual y terapia cognitiva los síntomas cognitivos, emocionales, somáticos, interpersonales y comportamentales de un adolescente con trastorno depresivo mayor, episodio recurrente moderado, con características de ansiedad e inducido por sustancias.

## Método

### Diseño

El presente estudio analítico experimental de caso único es longitudinal ya que, según Bono (2012, p. 11), este tipo de estudios brindan más posibilidades en cuanto a la inferencia de relaciones causales del objeto observado, por lo tanto, su diseño es intra series de revisión A-B-A, o de Diseño de Medidas Repetidas (DMR); además, se caracteriza por la cantidad de información restringida de datos en intervalos de tiempo más espaciados (p. 11). Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez (2008) explican que la información a tomar (A) es la identificación de una línea base, para que esta sirva de contraste con el resultado luego de la aplicación y medida de (B), que es la aplicación de tratamiento seleccionado bajo condiciones de práctica basada en la evidencia, y por último (A), que indica el registro de datos en la fase de retirada del tratamiento. Se espera que en esta última fase, a causa del tratamiento implementado, se reduzcan el malestar y la problemática presentada por el paciente, en contraste con la información tomada inicialmente y el diagnóstico realizado en la primera fase de la línea base.

#### *Identificación del paciente y motivo de consulta*

Martín es un hombre joven de 19 años y de piel caucásica oriundo del municipio de Copacabana, Antioquia. Es soltero y actualmente vive con su madre y su hermano menor de 9 años, debido a que sus padres se encuentran en proceso de separación, por lo tanto, el padre habita el hogar materno. Su padre es comerciante y su madre es profesional en trabajo social. En este momento, el paciente se encuentra validando sus estudios secundarios de 10° y 11° porque presenta extra edad escolar para culminar esta formación académica en un colegio regular. De igual manera, se encuentra vinculado a una institución dentro del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes en el cumplimiento de un proceso reeducativo con medida legal y libertad vigilada, por motivo de ingreso, porte y tráfico de estupefacientes. También como antecedente institucional presenta un ingreso a una comunidad terapéutica por periodo de un 1 mes y 15 días. Lo anterior es el motivo de la consulta y la razón por la cual es remitido. “Estoy muy triste, lloro todo el tiempo y en esas crisis de llanto no soy capaz de controlarme y me da un temblor, y siento mucha impotencia al no poderlo controlar” (Martín, comunicación personal).

## **Perfil sintomático**

En el proceso de entrevista clínica, el consultante manifiesta un cuadro de síntomas emocionales en el que expresa “sensación de inutilidad, impotencia, culpabilidad, tristeza, anhedonia”; síntomas cognitivos como pensamientos de muerte del tipo “me quiero matar”, pensamientos de aislamiento como “nunca me tiene en cuenta”, pensamientos de soledad como “me voy a quedar solo”, pensamientos auto referenciales como “siempre he sido rebelde”, pensamientos de inutilidad como “no sirvo para nada”, “mi vida ha fracasado”, pensamientos suicidas como “todo estaría mejor sin mí”, síntomas somáticos con los que llega a consulta: dolor de cuello y dolor de cabeza. Dentro de los síntomas comportamentales se encuentra un llanto constante, movimientos estereotipados o involuntarios en los brazos, auto exigencia, onicofagia, independencia financiera, consumo de sustancias, autolesiones y un actuar delictivo.

## **Historia del problema actual, social y personal**

**Área laboral:** el consultante narra dentro de la entrevista clínica que desde muy temprana edad ha presentado interés por el dinero, ya que su padre es comerciante y lo ha visto como gran referente; desde los 14 años empezó a trabajar en ocupaciones pequeñas que no demandaban un esfuerzo físico alto, pero sí gran cantidad de tiempo.

**Área educativa:** en consecuencia a su incursión laboral desde temprana edad, decide no volver a estudiar y deja su formación académica en el grado 6°, luego de haber perdido varios niveles en la formación primaria, para destinarse a ganar dinero.

**Experiencias traumáticas:** en el mes de febrero de 2017 es capturado por porte y tráfico de estupefacientes, sin ser este el primer ingreso al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, en el cual es sancionado a 12 meses en la modalidad de libertad vigilada. Refiere que desde este proceso sancionatorio empezaron a suceder eventos que probablemente precipitaron la problemática actual, ya que pensaba de sí mismo: “soy un delincuente, mi familia no me va ayudar, me siento excluido, me voy a quedar solo por la vida que elegí” y en consecuencia, se aislaba. Inicia el consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas el alcohol, y se aísla para evitar problemas.

Se aclara que Martín continúa con su actuar delictivo mientras cumple en paralelo con la sanción impuesta, factor que lo llevó a presenciar la muerte de un amigo muy cercano en el mes de abril de 2017 y en el mes de mayo de 2017, a enfrentar “una crisis económica” con deudas imposibles de pagar, “favores y negocios”, según refiere en lenguaje callejero, aunque luego afirma que se trata de riñas entre combos por territorio. Por lo tanto, relata que empieza a sentirse muy desesperado, a llorar en las noches, a tener movimientos involuntarios, temblor y una angustia insoportable.

**Área afectiva:** en el mes de diciembre de 2016 termina con su pareja sentimental luego de una relación de un (1) año y medio, e inicia una frecuencia más alta de consumo de sustancias psicoactivas, adicción que empezó de manera recreativa y por aprobación social desde que tenía 15 años. Reforzó también los pensamientos como “nadie me quiere, no sirvo para nada, mi vida es un fracaso” y nuevamente se aísla del contexto interpersonal y familiar.

**Área familiar:** desde el mes de octubre de 2016 sus padres empiezan a fracturar su relación sentimental, luego, en el mes de marzo de 2017, toman la decisión divorciarse. Sus padres no hicieron nada para contener la crisis emocional de Martin por la terminación de su relación sentimental.

**Historia médica:** a finales del mes de mayo de 2017 se desencadena el primer episodio depresivo que lo lleva a ingresar al sistema de salud, donde fue valorado por psiquiatría y se le prescribe un plan farmacológico con Escitalopram de 10 mg y con 10 gotas de Clonazepam. Después ingresa durante 1 mes y 15 días a una comunidad terapéutica argumentando que el alto consumo de sustancias psicoactivas favoreció su cuadro depresivo y ve la pertinencia de un tratamiento de este tipo, no obstante, a esto no encuentra resultado. A pesar de que sus síntomas emocionales y reacciones comportamentales han disminuido en intensidad, el trastorno depresivo y las ideas suicidas sin un plan específico son recurrentes.

### *Observación sobre la evaluación del estado mental*

Según la valoración de las áreas mentales, con base en la información adquirida de la intervención y entrevista clínica, se ubican óptimas características en aspecto y apariencia, una conducta motora no regulada y de movimientos involuntarios en los brazos, un estado de conciencia alerta, un estado de ánimo y afecto coherente a su situación actual, en tanto se percibe desconfiado e irritable con puntos de quiebre cuando habla de su condición de salud actual, el delito cometido o sobre aspectos personales; se hayan elementos de sensorpercepción normales, niveles de atención y memoria fluctuantes, no se perciben dentro de su discurso alteraciones en las funciones psíquicas superiores, se encuentra orientado en tiempo, lugar y persona. Demuestra actitud prevenida durante toda la entrevista respondiendo de manera parca, su hablar es fluido y, en consecuencia, con ideas sobrevaloradas o autosuficientes frente a su actuar y desempeño. Se sitúa dentro del espectro del contenido y curso de pensamiento en estados ansiosos y depresivos, además, unas esferas de introspección en forma parcial y prospección coherentes a su etapa evolutiva. Cabe resaltar que se evidencian habilidades sociales y comunicativas, en su relato presenta dificultades para generar relaciones interpersonales estables y duraderas. Su función ejecutiva se percibe normal por lo que tiene capacidad para fijarse metas y anticiparse a eventos.



## Instrumentos de evaluación

**Entrevista clínica:** se realizó una entrevista inicial semiestructurada como estrategia de investigación encaminada a recolectar información de la historia de su situación actual y diagnóstico del paciente, los problemas psicológicos, además de la disposición para asumir el tratamiento que promueve el cambio (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010).

**Inventario de depresión de Beck (BDI-II):** para el desarrollo del análisis de caso y la recolección de información en los diferentes puntos de la intervención se utiliza el BDI-II formulado por Beck, Steer y Brown (2006). El análisis de este inventario provee información puntual de la presencia y de la gravedad de la depresión. Se dispone de 21 ítems indicativos de síntomas: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, y pérdida de interés en el sexo. Para la implementación y desarrollo del mismo se solicita al paciente que elija las afirmaciones con las cuales más se identifica o la que mejor describe su estado teniendo presente la últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los puntos de corte permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes grupos: 0-13, *mínima depresión*; 14-19, *depresión leve*; 20-28, *depresión moderada*; y 29-63, *depresión grave*. Y en lo referente a la confiabilidad de la prueba y consistencia interna, se retoma lo que dice Chacón Narváez, Muñoz Anduquia, Rivas Nieto y Miranda Bastidas (2007) quienes encontraron un alfa de Cronbach de 0.76-0.95. Al igual que se deja el resultado de fiabilidad del BDI con  $r = 0.80$ .

**Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** se usa con la intención de disponer de una medida de ansiedad clínica que a su vez permitiera discriminar la ansiedad de la depresión; fue formulado en Beck y Steer (2011). El BAI se distingue por evaluar sobre todo síntomas fisiológicos: 14 de sus 21 ítems (el 67%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que solo 4 de sus ítems evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos. Por otro lado, 19 de los 21 ítems del BAI (el 90%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia o pánico. Su valoración es en una escala de 4 puntos: 0, *nada en absoluto*; 1, *levemente, no me molesto mucho*; 2, *moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo*; y 3, *gravemente, casi no podía soportarlo*. La puntuación total del BAI es la suma de las respuestas dadas por el paciente, dejando como puntuación mínima 0 y 63 como puntuación máxima. Y con rangos de ansiedad mínima entre 0-7, *ansiedad leve* entre 8-15, *ansiedad moderada* entre 16-25 y *ansiedad grave* entre 26-36. La confiabilidad de este instrumento es validada por De Ayala, Vonderharr y Kim (2005), quienes realizaron un meta-análisis de 52 estudios que informaban de coeficientes de fiabilidad del BAI. De allí se obtuvo un coeficiente alfa medio de 0.92 con muestras de pacientes

con trastornos psicopatológicos, de 0.88 con muestras sin pacientes psicopatológicos y sin estudiantes universitarios y de 0.89 con muestras de estudiantes universitarios. También informan una fiabilidad de una correlación test-retest media de 0.66.

**Escala de Desesperanza de Beck (BHS):** este instrumento evalúa las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (pesimismo), habilidades para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. Instrumento desarrollado por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) y adaptado en una versión española por Aguilar, Hidalgo, Cano, López, Campillo y Hernández (1995). Presenta un número de 20 ítems los cuales contienen frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadera o falsa. Esta escala conceptualiza la desesperanza como un sistema de esquemas cognitivos en los cuales el denominador común es la expectativa negativa cifrada en un futuro a mediano y largo plazo. El paciente marca verdadero o falso según la expresión del ítem refleja o no su realidad. La escala BHS proporciona una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 20 y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes: factor afectivo (sentimientos sobre el futuro), factor motivacional (pérdida de motivación) y factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). Las respuestas señaladas como verdaderas en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falsas en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como falsas en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdaderas en esos ítems valen 0 puntos. Los puntos de riesgo que recomiendan son: 0-8, *riesgo bajo de cometer suicidio*, o sea, entre 0-3, *ninguno o mínimo* y entre 4-8, *leve*; 9-20, *riesgo moderado de cometer suicidio*, es decir, entre 9-14, *moderado* y entre 15-20, *alto*. El BAI presenta una consistencia interna aceptable que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cron Bach de 0.82 a 0.84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial (Aguilar et al., 1995).

### **Diagnóstico clínico**

Es posible inferir que el paciente presenta un cuadro de depresión mayor, 296.22-F33.1, episodio recurrente de gravedad moderada con características de ansiedad, inducido por sustancias.

### **Consideraciones éticas**

En el actual análisis de caso sobre el trastorno depresivo se buscó garantizar el principio de anonimato, para mantener la participación voluntaria. Motivo por el cual el paciente firmó el consentimiento informado teniendo presente la ley 1090 de 2006, que regula el ejercicio de la psicología en Colombia, en el cumplimiento del artículo 29. También en cumplimiento a los artículos 50 y 55, y en relación con la resolución 8430. Se considera que la

intervención realizada presenta un riesgo mínimo en el actual análisis de caso único, dando así cumplimiento legal a los Artículos 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 26 conforme a los criterios y dictámenes del Artículo 6 de la ley 1090 ya mencionada anteriormente.

## Resultados

### Formulación de caso

**Precipitantes:** partiendo de la entrevista clínica, se encuentran factores dentro de un modelo de *diátesis estrés* que precipitaron y que explican la aparición del trastorno depresivo. Situaciones como la fractura que sufre la familia con la separación de los padres, la terminación de la relación afectiva que Martin sostuvo con su pareja por periodo de un (1) año y medio, la experiencia de presenciar el asesinato de su amigo (como refiere él mismo, “lo mataron por mi culpa”) quien era significativo para Martin en tanto lo referenciaba como un hermano de calle; a todo esto se agrega el alto consumo de sustancias psicoactivas (marihuana) como estrategia de afrontamiento o de evitación a estas diferentes experiencias. Esta no permite una disposición física y psicológica en tanto situaciones de alto impacto como lo es la presión y amenazas de combos por deudas y la captura para iniciar el proceso de judicialización por el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes. Sin embargo, es probable inferir que las situaciones que activan y exacerbaban el perfil de síntomas depresivos están relacionadas con su situación personal afectiva y familiar.

**Enfoque transversal y longitudinal de las cogniciones y conductas actuales:** la recolección de información relevante acerca de la historia de vida de Martin, indica unas condiciones familiares particulares en tanto su padre exteriorizó siempre una imagen de un hombre sólido, el cual no se dejaba afectar emocionalmente por las circunstancias y su principal enfoque siempre es el sustento y asistencialismo a las necesidades de su familia, aunque flexible y laxo en tanto figura de autoridad, y por el lado de su madre, una mujer sumisa con un historial de violencia dentro de la relación matrimonial. También Martin, al igual que su padre, inicia y busca a temprana edad una independencia financiera en empleos esporádicos, lo cual promueve que abandone el proceso de formación académica.

Por consiguiente, el paciente desarrolló una creencia central de inamabilidad (“no soy digno”), en paralelo se despliegan de allí una serie de reglas como “tengo que tener bien a los que me rodean para no estar solo” y “tengo que prestarle atención a mi pareja”, actitudes que describe como “es muy maluco sentirse solo” y “es horrible sentir que mi pareja no me quiere”; en calidad de supuestos expresa “si doy lo suficiente a los demás, no voy a estar solo”, “si valoro a mi pareja, ella me va a querer más”. Y dejando a simple vista de esta estructuración cognitiva pensamientos automáticos como “por qué ella no está aquí”, “ella tiene otro ya”, y “esa pelea es por mí”, “siempre les traigo problemas” (Ver figura 1).

En consecuencia, al iniciar este proceso de activación de la creencia de inamabilidad, Martín se siente triste, con ansiedad y rabia en porcentajes que superan el 70% dentro de una escala de valoración subjetiva. Fue posible evidenciar de esta manera las técnicas y pruebas del tratamiento. Además, Martín tuvo una asistencia sobresaliente a las citas programadas y fue puntual en la ingesta de medicamentos dentro del tratamiento farmacológico propuesto por el médico psiquiatra. Mostró también responsabilidad en el cumplimiento de su medida judicial (libertad vigilada) y fue acompañado por su familia en el proceso pedagógico. El vínculo terapéutico se fundamentó, lo cual favoreció la disposición al cambio y fortaleció su red de apoyo familiar y personal como mecanismo de contención y protección.

### *Plan de tratamiento*

**Lista de problemas y objetivos del tratamiento:** el proceso de intervención con Martín se centró en la reducción de las distorsiones cognitivas y la estabilización del ánimo al enfatizar el papel de conductas de reforzamiento negativo en el mantenimiento de los estados depresivos, por lo tanto, se centró la intervención de activación conductual en las conductas a activar (panel de horarios) y las conductas a extinguir o moderar. En la tabla 1 se presenta el listado de problemas identificados y los objetivos del tratamiento correspondientes.

**Estrategias de intervención:** teniendo presente la información recolectada con los instrumentos, el diagnóstico realizado y la hipótesis explicativa, se toman como estrategias de intervención la terapia cognitiva para la depresión y la activación conductual para la depresión, basadas en la evidencia científica y con apoyo empírico para el trastorno depresivo mayor. Para ello, se presenta la tabla 1 que describe y categoriza el listado de problemas a intervenir, el objetivo del tratamiento, las técnicas empleadas y la sesión de aplicación.

**Aplicación del tratamiento:** para el objetivo de intervención se implementó un patrón de sesiones que inició con una frecuencia semanal, en razón de la alta intensidad y malestar que generaban los síntomas. Después del primer mes de intervención, se programaron 2 sesiones por mes, o 15 días calendario, y cada sesión tuvo una duración aproximada de 50 a 60 minutos. Se hicieron 2 sesiones de evaluación y aplicación de instrumentos, además de 13 sesiones de intervención, para un total de 15 encuentros.

### Información importante sobre la infancia

Padre que exteriorizó siempre una imagen de un hombre sólido, el cual no se dejaba afectar emocionalmente por las circunstancias y su principal enfoque siempre es el sustento y asistencialismo a las necesidades de su familia, aunque flexible y laxo en tanto figura de autoridad, y por el lado de su madre, una mujer sumisa en la cual se evidenció un historial de violencia dentro de la relación de esposos. Martín al igual que su padre inicia y busca a temprana edad una independencia financiera, en empleos esporádicos, lo cual promueve que abandone el proceso de formación académica.

### Creencia central.

"No soy digno"

### Creencias intermedias.

**Reglas.** "tengo que tener bien a los que me rodean para no estar solo", "tengo que prestarle atención a mi pareja".

**Actitudes.** "es muy maluco sentirse solo" "Es horrible sentir que mi pareja no me quiere".

**Condiciones.** "Si doy lo suficiente a los demás, No voy a estar solo" / "Si no doy lo suficiente, estaré solo"  
"Si Valoro a mi pareja, ella me va a querer más" / "Si no valoro a mi pareja, entonces ella no me va a querer".

### Estrategias de afrontamiento.

Auto exigencia, onicofagia, independencia financiera, consumo de sustancia, autolesiones

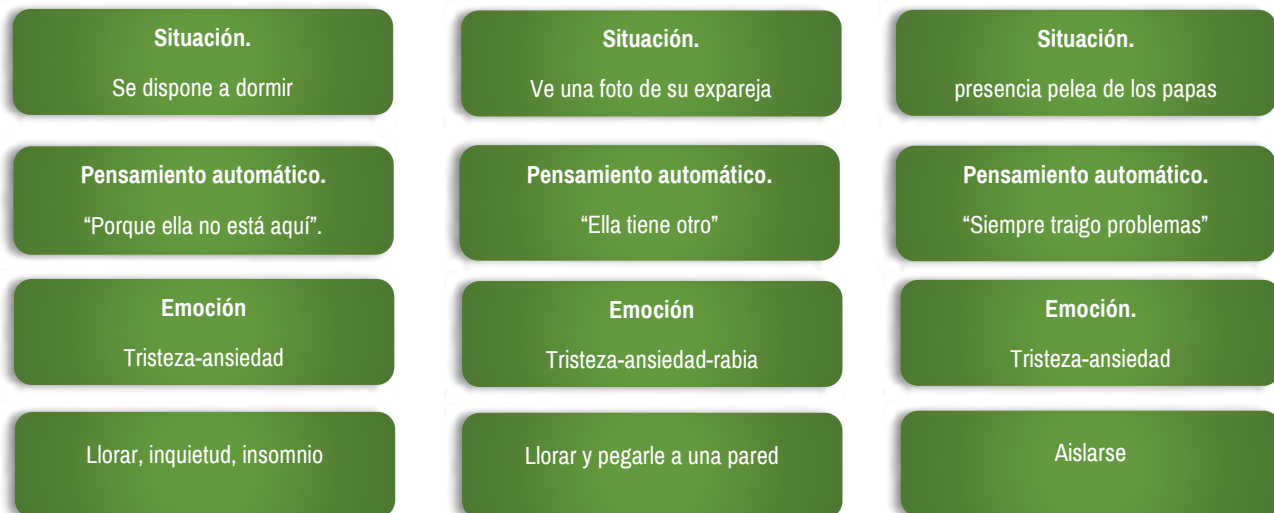


Figura 1. Diagrama de conceptualización cognitiva de M.D. adaptado de Beck (2011).

**Fortalezas:** el paciente dentro del proceso terapéutico se observó con optima disposición, aprestamiento y cumplimiento para el diligenciamiento de autorregistro.

Tabla 1. Tratamiento propuesto para la intervención de Martín

Problema	Objetivo del tratamiento	Estrategia de intervención	Sesión
Motivo de consulta	Evaluación	Entrevista clínica Aplicación de instrumentos Explicación análisis funcional y el plan de intervención	1-2
Depresión	Regular el estado de ánimo	Psicoeducación Diario de pensamientos Diálogo socrático Reestructuración cognitiva Activación de conductas y ensayos conductuales Extinción y disminución de conductas	1-8
Idea de inamabilidad	Reducción de las distorsiones cognitivas	Psicoeducación Diario de pensamientos Diálogo socrático Debate de creencias intermedias y nucleares Continuum cognitivo Creación y comprobación de nueva creencia	6-11
Estrategias de afrontamiento	Reducir las conductas de auto exigencia, adquirir conciencia del consumo de SPA y las cogniciones relacionadas con dicha estrategia	Psicoeducación y neuropsicología de las adicciones Reestructuración cognitiva Diálogo socrático	11-13
Afrontamiento de otras situaciones depresivas	Favorecer la conciencia y disminución del riesgo ante posibles recaídas	Aplicación de instrumentos Análisis funcional Prevención de recaídas Entrenamiento en respiración	14-16

El resultado de la intervención y análisis parcial de las puntuaciones en los instrumentos muestra una reducción considerable si se compara con la toma de información en la línea base. Se pasó de una medida en el BDI-II de depresión moderada con 27 puntos a una última medición de 5 puntos con depresión mínima. Lo que confirma que la elección del tratamiento opera efectivamente. Además, en la escala BHS se redujeron los 14 puntos obtenidos en la primera toma de información, que implican un riesgo moderado de cometer suicidio, a una puntuación de 0 con un riesgo bajo al final de la intervención. También se redujo la sintomatología de características ansiosas que en el primer corte en el BAI dejó una puntuación de 16, ansiedad moderada, y al final se obtuvo un puntaje de 4. Así se observa que el tratamiento funciona de manera directa sobre la demanda realizada por Martín.

Fue evidente entre las sesiones 1-8 una reducción de sintomatología depresiva y un estado de ánimo más estable, ya que el paciente reporta que el establecimiento de conductas a activar y la programación de ensayos conductuales favorecerían una conciencia más alta de su problemática y de las estrategias y habilidades para la vida que podría implementar a favor de la prevención de recaídas. Junto con estas medidas, puede señalarse que el paciente expresó su satisfacción por la terapia e informó encontrarse plenamente recuperado.

**Obstáculos:** en la sesión 12 el consumo de sustancias psicoactivas se señala dentro del análisis funcional como una estrategia que mantiene su perfil de síntomas, a pesar de que, según su reporte, presenta mayor disposición para erradicar o disminuir el consumo de SPA en intensidad y frecuencia. Se realiza psicoeducación de los efectos del consumo continuado en el estado de ánimo, además de disponer de un diálogo socrático y continuum cognitivo referidos a uno de los pensamientos automáticos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

**Eficacia del tratamiento:** con respecto a las tomas de información y medición con los instrumentos (BDI-II, BAI y BHS) correspondientes a 2 puntos dentro del proceso de intervención, al inicio y final del tratamiento, y una última medida en una entrevista de seguimiento a resultados, se muestra la notoria reducción de síntomas y reacciones emocionales de tipo depresiva y ansiosa, además de una perspectiva precisa por parte de Martin para detectar las señales ante posibles recaídas. También los niveles de auto exigencia en sus actividades, consumo de sustancias psicoactivas, onicofagia, autolesiones y la perspectiva de independencia financiera disminuyeron, y se reporta la implementación de nuevas estrategias y rutinas que favorecen el afrontamiento en las áreas personal, familiar y social.

Tabla 2.

Ejemplo de técnica flecha descendente.

Terapeuta (T): Cuando ves una foto de tu ex pareja en el WhatsApp, ¿Qué pensamiento fue el primero que paso por tu cabeza?  
Paciente (P): Ella de seguro ya tiene otro.  
T: Supongamos que eso es verdad, ella ya tiene un nuevo novio. ¿Que significaría eso para ti?  
P: Significaría que yo durante la relación no la supe valorar.  
T: Y si no supiste valorar a tu novia durante la relación ¿Eso qué diría de ti?  
P: Que no fui capaz de complacerla y que me quedo grande.  
T: Y si se presentó esa dificultad, no fuiste capaz de complacerla. ¿Qué es lo peor que podría pasar?  
P: Que ella se vaya y muy maluco quedarse solo.  
T: Y si así fuera ¿Qué?  
P: Es horrible sentir que nadie lo quiere a uno.  
T: Y sentir que nadie te quiere ¿Qué significaría para ti?  
P: Que no lo hice todo o que no di lo suficiente para que me quieran con sinceridad.  
T: Y si así fuera ¿Qué?  
P: Me quedaría totalmente solo.  
T: Y eso ¿te llevaría a pensar algo de ti misma?  
P: Que no soy digno de que nadie me quiera.

Tabla 3

Ejemplo de Diálogo socrático.

- 1) ¿Cuál es la evidencia de que la creencia es verdadera? ¿Y de qué no lo es?  
No tengo evidencia de que no "soy digno" sea verdad, hasta ahora he visto y tengo evidencia en contra de que si hay personas que me valoran o me quieren y hay otros que no.
- 2) ¿Existe alguna otra explicación posible?  
Alguna otra explicación podría ser que a pesar de que uno no haga nada para que lo quieran a uno, ese afecto es sincero y me valoran desinteresadamente.
- 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista?  
Lo peor que podría suceder es sentirme muy solo y eso es muy horrible, pero a pesar de todo creo que puedo soportarlo, ya lo he hecho antes y ahora también lo puedo hacer, y lo mejor que podría pasar es dejar de sentirme mal o sentirme solo independiente de si tengo a alguien o no. Y la alternativa más realista es poder pensar más despacio todo y dejar que todo fluya sin presionar ni amarrar a alguien a uno para no sentirse mal ni solo.
- 4) ¿Cuál es el efecto de creer en esta creencia? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi creencia?  
El efecto de esta creencia es que hay que saber que uno no compra las personas y no las puede tener a capricho de uno. Y el efecto de pensar diferente o cambiar la creencia es que voy a estar mucho más tranquilo y aprender a perder y despedir las personas, es el ciclo natural.
- 5) ¿Qué debo hacer al respecto?  
Es apropiarme de esta creencia para poder pensar con más claridad mis relaciones sin depender.
- 6) Si \_\_\_\_\_ [nombre de un amigo] se encontrara en esta situación y tuviese esta creencia, ¿qué le diría?  
Le diría que no hay sentido que uno solo vea una salida a los problemas, es mucho mejor plantearse diferentes alternativas para poder solucionar, además que los relaciones que se establecen pueden ser desinteresadas y sinceras sin necesidad de apariencias o autoengaños.

## Discusión

De acuerdo con el nivel de gravedad del trastorno depresivo de Martín, se evidencia una reducción considerable de distorsiones cognitivas y un cambio de estrategias de afrontamiento asociadas a la depresión después de las sesiones de tratamiento de terapia. En las medidas del BDI-II de la línea base tuvo 27 puntos, depresión moderada, y con la última medición se lograron 5 puntos, depresión mínima. Esto se puede corroborar en Cristea, et al., (2015), quienes realizaron un estudio meta-analítico en el que la terapia cognitiva mostró un efecto robusto y estable sobre la modificación de los pensamientos disfuncionales, es decir que el cambio cognitivo está significativamente relacionado con el cambio de síntomas, independientemente de cómo se logre este cambio; también indica que los pensamientos disfuncionales son simplemente otro síntoma que cambia después del tratamiento, siendo estos a su vez el mecanismo por el cual los síntomas de depresión se reducen.

Una referencia más que sustenta la eficacia del tratamiento en el objetivo de reducción de síntomas ansiosos es la de Mazzucchelli, Kane y Rees (2009; 2010). Según el BAI los síntomas ansiosos marcaron una modificación sintomática y pasaron de una puntuación inicial de 16 a una final de 4, lo cual también demostró un fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento a través de la planificación horaria propuesta por la activación conductual. Los autores mencionados justifican que la intervención mediante la AC puede aumentar la sensación de bienestar de los pacientes independientemente del estado de gravedad del cuadro depresivo; también se evidencia, en referencia a la prevención de recaídas, que la AC, acompañada de otra intervención psicológica como la TC, es más exitosa para mantener la mejoría en seguimientos realizados durante 3 meses luego de la terminación del tratamiento.

Como resultado del tratamiento, Martín refiere un cambio significativo en la modificación de sus estrategias de afrontamiento y habilidades para la vida. Esto es coherente con lo hallado por Dunn et al. (2012), el cual refiere que, mediante un modelo de ecuaciones estructurales, se muestra la relación entre estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y síntomas depresivos del paciente con la fase aguda de tratamiento en la TC. Las mejoras en el funcionamiento pueden desempeñar un papel importante en la reducción subsiguiente de los síntomas.

En cuanto al objetivo de reducción del riesgo y prevención de recaídas, se muestra una disminución en la intención suicida asociada a la depresión de Martín. El resultado inicial en las medidas del BHS fue de 14 puntos, riesgo moderado de cometer suicidio, y se redujo en la medición final hasta 0 puntos, riesgo bajo. Esto se corrobora por lo dicho en el meta-análisis de Cuijpers, et al., (2013), quienes demostraron que además de



que la TCC es superior frente a los grupos control, otras psicoterapias y farmacoterapia, es un tratamiento eficaz para la depresión. También concluyen que la terapia cognitiva conductual tiene un efecto que permanece después de la finalización del tratamiento y que no existen diferencias significativas en la recaída después de la TCC versus la continuación de la farmacoterapia después de la remisión de síntomas. Así como lo hallado por Steinert, Hofmann, Kruse & Leichsenring (2014), quienes sostienen que la TCC contribuye a la prevención de recaídas.

Es importante mencionar la existencia de limitaciones en el actual estudio. Una de ellas es el diseño experimental de caso único, pues se trata de un tipo de investigación que no permite generalizar los resultados obtenidos, ya que es un tratamiento adaptado a una única persona, y es importante remitirse a investigaciones con muestras más amplias o representativas que devalen un mayor nivel de confiabilidad en los resultados. Por otro lado, es necesario aclarar que las estrategias de afrontamiento intervenidas no fueron apropiadamente evaluadas con instrumentos estandarizados, más bien estos datos se toman del correlato subjetivo del paciente y de la entrevista clínica.

En futuras investigaciones es importante dirigir los intereses de indagación hacia el establecimiento y difusión del modelo de AC para la depresión como estrategia sólida y eficaz al combinarla con la TC, presentando estudios en los cuales se muestre un rigor investigativo que permita evidenciar el cambio individual en las variables relacionadas con los síntomas depresivos. Por lo tanto, se sugiere la comprobación de la composición de protocolos de TC y AC para la depresión mediante modelos de ecuaciones estructurales.

## Conclusiones

La intervención que combina terapia cognitiva y activación conductual demostró efectividad en el tratamiento, ya que se presentó una reducción de la intensidad y la frecuencia de los síntomas depresivos, de las distorsiones cognitivas y estrategias de afrontamiento compensatorias y de evitación. También permitió la flexibilización de creencias nucleares, intermedias y pensamientos automáticos disfuncionales asociados a la situación actual de Martín. La activación conductual permitió que la reducción de síntomas y la sensación de bienestar se presentara por mucho más tiempo luego de terminado el tratamiento, develando fortaleza en la prevención y anticipación de recaídas.

## Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.

## Referencias

- Aguilar, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López, J. C., Campillo M., y Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, *11*(4), 121-125.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la activación conductual en un paciente con sintomatología depresiva. *Clínica y Salud*, *21*(2), 183-197. DOI: 10.5093/cl2010v21n2a7
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Inventario de ansiedad de Beck. BAI. Manual*. Madrid: Pearson.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. J. (1974). The measurement if pessimism: The hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, *42*(6), 861-865. Recuperado de <https://cryptome.org/2012/10/beck-hopelessness.pdf>
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K (2006). *BDI-II Inventario de depresión de Beck. Manual* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy. Basics and Beyond* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.

- Bono, R. (2012). *Diseños cuasi-experimentales y longitudinales*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
- Caponi, S. (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 13(29), 327-338. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a07.pdf>
- Chacón Narváez, V., Muñoz Anduquia, C., Rivas Nieto, J. C., y Miranda Bastidas, C. A. (2007). Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 31-40. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Cristea, I., Huibers, M., David, D., Hollon, S., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 62-71. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.08.003
- Cuijpers, P., Hollon, S., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3(4), e002542. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002542
- De Ayala, R., Vonderharr, D., & Kim, D. (2005). Assessing the Reliability of the Beck Anxiety Inventory Scores. *Educational And Psychological Measurement*, 65(5), 742-756. DOI: 10.1177/0013164405278557
- Dunn, T. W., Vittengl, J. R., Clark, L. A., Carmody, T., Thase, M. E., & Jarrett, R. B. (2012). Change in psychosocial functioning and depressive symptoms during acute-phase cognitive therapy for depression. *Psychological Medicine*, 42(2), 317-326. DOI: 10.1017/S0033291711001279
- Gómez, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina, M., Rengifo, H., y Bautisa, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 45, 58-67. DOI: 10.1016/j.rcp.2016.04.009
- Leahy, R. L. (2003). Emotional schemas and resistance. En R. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive behavioral therapy*. New York: The Guilford Press.
- Londoño Pérez, C., y González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n2/es\\_v19n2a13.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n2/es_v19n2a13.pdf)

- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 383-411. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 5(2), 105-121. DOI: 10.1080/17439760903569154
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression—stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 107-118. DOI: 10.1016/j.jad.2014.06.043
- Universidad CES y Alcaldía de Medellín. (2009). *Segundo estudio de salud mental del adolescente Medellín – 2009* (Informe final). Colombia: Universidad CES, Alcaldía de Medellín. Recuperado de <https://bit.ly/30c7Tpz>
- Virúes-Ortega, J., & Moreno-Rodríguez. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/virues-en.pdf>



**NOTA CIENTÍFICA**  
**SCIENTIFIC NOTE**

# Cognición implícita en psicopatología: contribuciones al abordaje de los trastornos por consumo de sustancias

## Implicit cognition in psychopathology: contributions to substance use disorder approach

Rodrigo Moreta-Herrera\*  
Carlos Reyes-Valenzuela\*\*

**Forma de citar este artículo en APA:**

Moreta-Herrera, R., y Reyes-Venezuela, C. (enero-junio, 2019). Cognición en psicopatología: contribuciones al abordaje de los trastornos por consumo de sustancias [Cartas al editor] *Drugs and Addictive Behavior*, 4(1), pp 173-177. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.3142>

### Palabras clave:

Consumo de Sustancias; Procesos mentales; Psicopatología

\* Máster Universitario en Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Quito-Ecuador. Correo electrónico: [rmoreta@pucesa.edu.ec](mailto:rmoreta@pucesa.edu.ec) ORCID: 0000-0003-0134-5927

\*\* Doctorado es Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud. Universidad Andina Simón Bolívar sede Ecuador. Quito-Ecuador. Correo electrónico: [carlos.reyes@uasb.edu.ec](mailto:carlos.reyes@uasb.edu.ec)  
ORCID: 0000-0001-8911-700X

## Estimado editor:

Para favorecer un entendimiento de las distintas psicopatologías, resulta imprescindible propiciar una integración permanente y fluida de los avances de diversas vertientes de trabajo, en particular, de los mecanismos de interpretación. El enfoque psicopatológico predominante durante las últimas décadas atribuye variadas patologías (e.g., trastornos del estado de ánimo, ansiógenos y por consumo de sustancias, entre otras) a procesos reflexivos que manifiestan ideas y recuerdos disfuncionales para dar paso a la conducta patológica. Como resultado, dichos trastornos requieren ser abordados mediante técnicas de reestructuración mental explícitas, de tal modo que se intenta modificar dichas cogniciones por otras más apropiadas (Beck & Haigh, 2014). No obstante, este enfoque de concepción e intervención de carácter cognitivo y conductual presenta limitaciones a la hora de promover un éxito terapéutico. En gran medida, la tasa de fracaso está marcada para el limitado trabajo en el aspecto automático de varios procesos mentales, los cuales presentan dificultades para corregirse adecuadamente mediante la reestructuración consciente, explícita y deliberada (Sheeran, Bosch, Crombez, Hall, Harris, Papies, & Wiers, 2016; Sheeran, Gollwitzer & Bargh, 2013). Es decir que las técnicas explícitas y conscientes de los procesos terapéuticos inciden en las ideas disfuncionales para su reestructuración, pero no necesariamente en los estímulos perceptuales que disparan dichos esquemas mentales.

En el campo del consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo, las patologías se conciben como estructuras desorganizadas, impulsivas e incontrolables que se vuelcan en un individuo hacia la búsqueda compulsiva de sustancias. En este caso, se observan una serie de mecanismos cognitivos deliberados y conscientes, pero también con procesos automáticos (cognición implícita) que resultan inconscientes y direccionan la conducta irrefrenable hacia el consumo. Ciertos procesos cognitivos automáticos e inconscientes como los sesgos atencionales (Cox, Hogan, Kristian & Race, 2002; Cox, Fadardi, Intriligator & Klinger, 2014) por ejemplo, presentan una elevada capacidad de procesar mayor información que aquella que llega a la conciencia (Froufe, 2000) la cual, al no ser identificada adecuadamente, conformaría un factor de riesgo significativo en las limitaciones de los tratamientos para el consumo de sustancias, en especial, en el mantenimiento y la recaída.

Estos mecanismos implícitos y automáticos que subyacen a la conciencia, desestiman la creencia según la cual las conductas adictivas representan el resultado de un proceso irreflexivo y desorganizado. Por el contrario, tales mecanismos se activan espontáneamente durante los procesos críticos en la toma de decisiones de los consumidores (Stacy & Wiers, 2010). Respecto a esto último, se ha observado que la captación de señales estimulantes pone en marcha la mecánica del consumo mediante procesos más conscientes, tales como las

actitudes favorables o desfavorables frente al consumo en adolescentes (Moreta-Herrera, Mayorga-Lascano, León-Tamayo y Ilaja-Verdesoto, 2018b; Moreta-Herrera, Ilaja-Verdesoto, Mayorga-Lascano, León-Tamayo, y López-Castro, 2018a) o en las decisiones incluso cuando los peligros a largo plazo del uso continuado de drogas son ampliamente conocidos por el consumidor (Wiers et al., 2015).

Toda esta mecánica interpretativa de la psicopatología, en especial de los trastornos por consumo de sustancias, señala que los esquemas cognitivos que direccionan la conducta operan a través de un modelo dual de la mente con procesos complejos conscientes e inconscientes que son procesados en cantidades cortas de tiempo (Froufe, Sierra, Zancos & García, 2017).

Con este argumento se establece la necesidad de considerar con mayor detalle el funcionamiento de estos mecanismos implícitos para la comprensión del comportamiento de consumidores de sustancias que suele presentarse, aparentemente, como incomprensible y paradójico; por lo que la investigación sobre el consumo de sustancias y la psicopatología relacionada necesitan enfocarse en estos aspectos. Asimismo, desde la intervención psicológica, estos procesos automáticos desafían la incorporación de técnicas que aborden tales mecanismos a través de procedimientos más indirectos, mecánicos, prácticos y repetitivos en las intervenciones (Jurchis & Opre, 2016). De este modo, se esperaría que los resultados del tratamiento de consumo de sustancias resulten más eficaces a corto y largo plazo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole. Asimismo, la Universidad Católica Luis Amigó no se hace responsable por el manejo de los derechos de autor que los autores hagan en sus artículos, por tanto, la veracidad y completitud de las citas y referencias son responsabilidad de los autores.



## Referencias

- Beck, A., & Haigh, E. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 1-24. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
- Cox, M., Hogan, L., Kristian, M., & Race, J. (2002). Alcohol attentional bias as a predictor of alcohol abusers' treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence, 68*(3), 237-243. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12393218>
- Cox, W. M., Fadardi, J. S., Intriligator, J. M., & Klinger, E. (2014). Attentional bias modification for addictive behaviors: clinical implications. *CNS Spectrums, 19*(3), 215-224. Doi:10.1017/S1092852914000091
- Froufe, M. (2000). Inconsciente Cognitivo: La Mente Oculta. *Psikhe, 9*(1), 3-11.
- Froufe, M., Sierra, B., Zancos, Y., & García, P. (2017). Consciousness, Unconscious Cognition, and their Alterations: Implications of the Dual Mind Model in Psychopathology. *Chaos and Complexity Letters, 11*(3), 327-346.
- Jurchis, R., & Opre, A. (2016). Unconscious Learning of Cognitive Structures with Emotional Components: Implications for Cognitive Behavior Psychotherapies. *Cognitive Therapy and Research, 40*, 230-244. DOI: 10.1007/s10608-015-9743-z.
- Moreta-Herrera, R., Ilaja-Verdesoto, B., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L., y López-Castro, J. (2018a). Actitudes y disposición personal ante el consumo y exposición a sustancias en adolescentes del Ecuador. *Health & Addictions/Salud y Drogas, 18*(2), 217-226. DOI: 10.21134/haaj.v18i2.383.
- Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, P., León-Tamayo, A., y Ilaja-Verdesoto, B. (2018b). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health and Addictions/Salud y drogas, 18*(1), 39-50. DOI: 10.21134/haaj.v18i1.333
- Sheeran, P., Bosch, J., Crombez, G., Hall, P., Harris, J., Papies, E., & Wiers, W. (2016). Implicit Processes in Health Psychology: *Diversity and Promise. Health Psychology, 35*(8), 761-766. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000409>.

Sheeran, P., Gollwitzer, P. M., & Bargh, J. A. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology, 32*, 460-473. Doi:10.1037/a0029203

Stacy, A., & Wiers, R. (2010). Implicit cognition and addiction: a tool for explaining paradoxical behavior. *Annu Rev Clin Psychol, 6*, 551-575. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131444

Wiers, C. E., Stelzel, C., Gladwin, T. E., Park, S. Q., Pawelczack, S., Gawron, C. K., ... & Bermopohl, F. (2015). Effects of cognitive bias modification training on neural alcohol cue reactivity in alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry, 172*(4), 335-343. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13111495



# Guía para Autores

# Políticas editoriales

## ***Enfoque***

La revista *Drugs and Addictive Behavior* es una publicación digital de carácter científico, semestral, de divulgación de artículos de alta calidad en los temas del consumo de sustancias psicoactivas y de las adicciones que son el resultado de investigaciones o producto de una reflexión juiciosa y de relevancia teórica, profesional y disciplinar en campos como la psicología, la pedagogía, el trabajo social, la medicina y otras áreas. De este modo, espera contribuir al desarrollo de procesos de intervención, prevención y promoción de estilos de vida saludable y salud integral de las personas; en los entornos local, nacional e internacional.

## ***Público objetivo y alcance***

La revista está dirigida a profesionales, estudiantes universitarios, instituciones públicas y privadas que estén en relación con la temática y los campos de conocimiento como la psicología, la pedagogía, el trabajo social, la medicina y otros afines; y al público en general que manifieste interés en conocer lo relacionado con las adicciones.

## ***Nivel académico de los autores***

La revista recibe contribuciones de autores con nivel académico de especialización, maestría, doctorado y posdoctorado, o de estudiantes de último nivel de pregrado o posgrado asesorados por un tutor que cuente con alguno de los niveles mencionados.

## Tipos de artículos que se reciben

Drugs and Addictive Behavior recibe los siguientes tipos de artículos descritos en el documento Guía: Servicio Permanente de Indexación de Revistas de Ciencia, Tecnología e Innovación Colombianas (Departamento Administrativo de Ciencia, 2010):

1. **Artículo de investigación científica y tecnológica.** Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. Para esta revista, la estructura de los artículos de investigación científica y tecnológica debe contener seis apartes: introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.
2. **Artículo de reflexión derivada de investigación.** Documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Su estructura es: introducción, desarrollo, conclusiones y referencias.
3. **Artículo de revisión o estado del arte.** Documento que presenta la organización, la integración y la evaluación de una serie de investigaciones realizadas en torno a un área o problema específico de las adicciones. Su propósito es divulgar a la comunidad científica el estado actual de la investigación en torno a dicho asunto. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias, lo más actuales posible. Su estructura es: introducción, metodología, resultados, discusión, conclusiones y referencias.
4. **Artículo teórico.** Es el análisis minucioso de una teoría o de varios de sus conceptos. Su objetivo es cualificar los fundamentos teóricos de la disciplina.
5. **Estudio de caso.** Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular, con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática de la literatura sobre casos similares.
6. **Editorial.** Documento escrito por un miembro del comité editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

# Manual para la presentación de artículos

Es importante que los autores se ciñan a las indicaciones del presente manual para la aceptación inicial de sus contribuciones, pues la primera selección de los artículos obedece al seguimiento del formato, las directrices y políticas editoriales de la revista *Drugs and Addictive Behavior*.

## ***Formato general del trabajo***

Las márgenes utilizadas serán de 3 cm. En todos los lados: superior, inferior, derecha e izquierda de cada página.

- Artículos inéditos digitados en Word
- Letra Arial, tamaño 12 puntos.
- Texto en interlineado a 1,5 líneas, justificado, excepto en tablas y figuras que serán en espacio sencillo.
- Las tablas no tienen líneas separando las celdas y deben estar identificadas con su respectivo título y fuente. Proceder igual con las figuras.
- Extensión mínima de 9 páginas y máxima de 35.
- Se debe escribir con correcta ortografía y gramática

## ***Formato para la presentación de los artículos***

- Título en español e inglés. La extensión máxima de los títulos debe ser de 12 palabras, que describan la idea principal del artículo. Se evitará el uso de números, símbolos y abreviaturas, puesto que dificultan la posterior búsqueda en bases de datos, catálogos y sistemas de indexación.
- Nota del autor, cada artículo debe incluir el nombre del autor(es), tal como habitualmente lo registra(n) en sus publicaciones. Por cada uno, incluye una nota a pie de página con los siguientes datos en estricto orden: último nivel de formación, institución (sin abreviaturas) a la que pertenece, ciudad, país, grupo de investigación, en caso de que pertenezca a uno, correo electrónico y ORCID. Se define autor(es) como la(s) persona(s) responsable(s) directamente de la redacción del contenido.

- Resumen analítico en español e inglés con extensión máxima de 300 palabras en el que se describa la idea central, los objetivos, conclusiones y, en caso de ser un artículo de investigación científica, la metodología. En el caso de los artículos que no sean resultado de investigación, el resumen debe expresar clara y sucintamente el objetivo del artículo, los principales supuestos de los que parte, los argumentos y autores que utiliza como soporte y la tesis o las tesis que lo estructuran.
- Las palabras clave deben ser de cinco a siete y provenientes de un tesoro de la disciplina. Por ejemplo, el Tesoro de la UNESCO o el Instituto de Estudios Documentales Sobre Ciencia y Tecnología.
- En el caso de que el artículo esté escrito en un idioma extranjero diferente al inglés, tanto el título como el resumen y las palabras clave deberán ser traducidos a este idioma y al español; el resto del contenido permanecerá en el idioma original.
- Los artículos se recibirán con un máximo de cuatro tablas y/o figuras; estas últimas son una ayuda visual complementaria presentada a manera de fotografías, gráficas, esquemas o dibujos. Cada uno, tabla o figura, deberá tener un título y presentar cita al pie dando crédito al autor original. Las figuras y las tablas llevarán numeración consecutiva independiente.
- Para las referencias y la citación se utilizarán los lineamientos de APA, sexta edición.

## Estructura de las citas y referencias\*

### 1. Sobre el manejo de citas

El material citado directamente de otra fuente, que se reproduce al pie de la letra o se parafrasea, debe llevar siempre la cita respectiva.

- Cuando la cita sea de menos de 40 palabras colóquela a renglón seguido en el texto y entre comillas, incluya inmediatamente la fuente entre paréntesis (Apellido del autor, año, página).
- Si la cita comprende más de 40 palabras, escríbala en un renglón independiente del texto, sin comillas y aumente la sangría (aleje el párrafo del margen para que pueda diferenciarse), posteriormente realice la citación.

\* Esta sección está tomada de la Cápsula APA, publicación del Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó que, como herramienta académica, tiene por propósito ejemplificar y clarificar el uso de esta norma en los trabajos escritos por investigadores, docentes, administrativos y estudiantes. Esta iniciativa surge de las falencias encontradas, durante las revisiones preliminares, en la citación y referenciación de fuentes en artículos, ponencias y libros institucionales. Las cápsulas están escritas en conformidad con lo establecido en American Psychological Association. (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association. [Sexta versión]. México: Editorial El Manual Moderno.

- La abreviatura et al. se utiliza para indicar que un trabajo es de varios autores; su significado en español es “y otros”.

Casos:

- Cuando un trabajo tenga tres y hasta cinco autores, incluya el apellido de todos en la primera cita; en las siguientes, escriba solo el apellido del primero seguido de la abreviatura et al.

En la referencia escriba los apellidos y las iniciales del nombre de cada uno de los autores y los demás elementos que hacen una referencia completa.

- Cuando un trabajo tenga seis o más autores, cite el apellido del primero seguido de la abreviatura et al.

En la referencia incluya apellidos e iniciales del nombre de hasta siete autores. Cuando el número de autores sea de ocho o más, escriba los apellidos y las iniciales del nombre de los seis primeros, después añada puntos suspensivos, agregue los apellidos y las iniciales del nombre del último autor y los demás elementos que hacen una referencia completa.

## 2. Sobre citación y referencia de libros

- Las citas de libros están integradas por los siguientes elementos:
- (Apellidos del autor, año, página).

Ejemplo: (Granada Giraldo, 2014, p. 12).

- Las referencias de libros se componen de:

Apellidos del autor, inicial del primer nombre. Inicial del segundo nombre. (Año). Título del libro. Lugar: Editorial.

Ejemplo: Granada Giraldo, F. J. (2014). Amo lo que soy amo lo que hago. Medellín: Funlam.

- Si la cita es tomada de un capítulo de libro o de un libro de consulta, la cita conserva su estructura, pero la referencia debe agregarse del siguiente modo:

**Publicación seriada impresa:** Autor, A. A., & Autor, B. B. (año). Título del capítulo o entrada. En A. Editor, B. Editor & C. Editor (Eds.), Título del libro (Vol. #, pp. #-#). Lugar: Editorial.

**Publicación seriada digital:** Autor, A. A., & Autor, B. B. (año). Título del capítulo o entrada. En A. Editor & B. Editor (Eds.), Título del libro (Vol. #, pp. #-#). Recuperado de <http://www.dirrecciónurl>



### Capítulo de libro impreso:

Título de entrada. (año). En A. Editor (ed.), Título del libro de consulta (Vol. #, pp. #-#). Lugar: Editorial.

Título de entrada. (año), En Título del libro de consulta (Vol. #, pp. #-#). Lugar: Editorial.

### Capítulo de libro digital:

Título de entrada. (año). En A. Editor (ed.), Título del libro de consulta (Vol. #). Recuperado de <http://www.dirrecciónurl>

Título de entrada. (año). En Título del libro de consulta (Vol. #). Recuperado de <http://www.dirrecciónurl>

### 3. Sobre cita de cita

La citación de fuentes secundarias, o la cita de cita debe emplearse con moderación; en caso de que el trabajo original ya no se imprima o no sea posible su localización.

- Cite las fuentes secundarias de acuerdo con la siguiente estructura:
- Nombre de la publicación original (como se citó en apellido del autor de la fuente secundaria, año, página).
- Referencie las fuentes secundarias de acuerdo con la siguiente estructura:

Apellidos del autor, inicial del primer nombre. Inicial del segundo nombre. (año). Título del trabajo. Lugar: Editorial.

En la lista de referencias no se incluye el trabajo original, por ser una fuente secundaria usted debe referenciar el trabajo que leyó.

Al tomar citas de obras clásicas en su texto que tenga en cuenta:

- Las obras clásicas importantes (como la Biblia, las obras griegas y romanas) no requieren entrada en la lista de referencias, es decir basta con citarlas en el texto.
- Cuando conozca la fecha original de la publicación inclúyala en la cita.
- Identifique en la primera cita del texto la versión de la obra clásica que utilizó.

- En vez de las páginas, cuando se refiera a una parte o fragmento específico de la fuente proporcione el libro, capítulo, versículo o canto, ya que estas fuentes se numeran de la misma forma en todas las ediciones.
- Si tiene dudas con la fecha de publicación, cite el año de la traducción que utilizó precedido por la abreviatura trad., o en su defecto el año de la versión que usó, seguido por versión.
- Las citas de La Biblia se realizan siguiendo la estructura: (Nombre del libro seguido del número del capítulo, dos puntos, luego el número de versos o versículos y la traducción de La Biblia que cita). Así: (Mateo 13: 1-9 Santa Biblia).

#### Ejemplos:

- - (Platón, trad. en 1989).
- - William Shakespeare (2007 versión).
- - Génesis 1:28-31 (Biblia de Jerusalén).

Las referencias en la lista de referencias se ordenan de acuerdo con las siguientes directrices de la APA:

- Alfabetización de nombres:

Las entradas deben aparecer en orden alfabético por el apellido del primer autor, seguido de las iniciales del nombre.

- Trabajos con el mismo primer autor:

Cuando deban incluir en las referencias varios trabajos del mismo autor, anote el apellido y las iniciales del nombre de este; y aplique las siguientes reglas:

- Ordene los trabajos de un solo autor por el año de publicación empezando por el más antiguo.
- Las referencias de un solo autor preceden a las de autor múltiple, independiente de cual sea su fecha de publicación.
- Las referencias con el mismo primer autor y segundo o tercer autor diferente se ordenan alfabéticamente por el apellido del segundo. En caso de que el primero y el segundo sean los mismos, se ordenará por el apellido del tercero, y así sucesivamente.
- Las referencias que posean los mismos autores se ordenan por el año de publicación con el más antiguo el primer lugar.

- Las referencias con el mismo autor o autores y el mismo año de publicación se ordenan por el título del libro, artículo, etc. (excluyendo los artículos: un, una, el, la, etc.).

Si se logra identificar que son artículos en una serie, la referencia debe organizarse en el orden de la serie y no alfabéticamente por el título.

- Trabajos de diferentes primeros autores con el mismo apellido:

Este tipo de trabajos se ordenan alfabéticamente por la primera inicial del nombre de cada uno.

- Trabajos de autores corporativos o sin autor:

Alfabetice los autores corporativos a partir de la primera palabra significativa del nombre teniendo en cuenta que una entidad principal precede a una subdivisión. Utilice los nombres oficiales y completos.

Si no hay autor, la referencia se ordena por el título de la publicación (que pasa a ocupar la posición del autor).

### ***Notas:***

- Con el fin de diferenciar publicaciones editadas por el mismo autor o autores y con el mismo año, se utilizan las letras a, b, c (ubicadas después del año) en minúsculas.
- Si el trabajo tiene un autor "Anónimo" la referencia se alfabetiza como si anónimo fuera un nombre real.
- Los materiales legales deben manejarse como referencias sin autor, así su alfabetización empezará por el primer elemento significativo de la entrada.

### ***Aval del Comité de ética***

Con el fin de evidenciar que se cuenta con los permisos necesarios de las personas naturales y jurídicas implicadas en los textos, cada artículo de investigación que se envíe a la revista deberá contar con el aval del Comité de ética del consentimiento y asentimiento informado de la investigación, así, se solicita a los autores adjuntar una copia del mismo al momento de remitir su contribución.

### ***Información para el envío de artículos***

La contribución debe enviarse únicamente mediante el OJS: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB> o al siguiente correo electrónico: [drugsaddictivebeh@funlam.edu.co](mailto:drugsaddictivebeh@funlam.edu.co)

# Políticas y ética de la publicación

## Propiedad intelectual

### *Derechos patrimoniales*

La revista y los textos individuales que en esta se divulgan están protegidos por las leyes de copyright y por los términos y condiciones de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivar 4.0 Internacional. © 2019 Universidad Católica Luis Amigó.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden encontrarse en <http://www.funlam.edu.co/modules/fondoeditorial/>

## Derechos de autor

El autor o autores pueden tener derechos adicionales en sus artículos según lo establecido en su acuerdo con el editor: Los autores son moral y legalmente responsables del contenido de sus artículos, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, éstos no comprometen en ningún sentido a la Universidad Católica Luis Amigó.

## Política de publicaciones

### *Recepción de contribuciones*

- Los textos propuestos se remiten mediante el Open Journal Systems (OJS), software de administración y publicación de revistas que permite el seguimiento a los documentos en sus distintas etapas. Los envíos en línea requieren de usuario y contraseña, que pueden solicitarse en

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/about/submissions#onlineSubmissions>. No se recibirán artículos impresos. Las consultas para la remisión pueden enviarse al correo electrónico de la revista ([drugsaddictivebeh@amigo.edu.co](mailto:drugsaddictivebeh@amigo.edu.co)).

- El autor debe dirigir una carta al Director de la revista *Drugs and Addictive Behavior* ([drugsaddictivebeh@amigo.edu.co](mailto:drugsaddictivebeh@amigo.edu.co)) en la que declare que el trabajo es: original, inédito, no está siendo evaluado simultáneamente en otra revista y en la que se comprometa a no retirar el artículo luego de la evaluación de pares, si esta determina la viabilidad de la publicación, bien sea en el estado actual del artículo o con modificaciones.
- La dirección de *Drugs and Addictive Behavior* dará respuesta en un máximo de tres (3) días acerca de la recepción de la contribución.
- El autor debe diligenciar la manifestación de cesión de derechos patrimoniales y declaración de conflictos de intereses (suministrado por la dirección de la revista), con lo cual cede todos los derechos del artículo a la revista *Drugs and Addictive Behavior*.
- No se recibirán versiones parciales del texto, es decir, aquellas que no estén estructuralmente ajustadas al tipo de artículo.
- Una vez enviado el artículo, se entiende que el autor autoriza la publicación de los datos personales relacionados en la nota de autor.
- La recepción de artículos no obliga a *Drugs and Addictive Behavior* a publicarlos.
- Los autores son los responsables directos de las ideas, juicios y opiniones expuestos en los artículos; de tal manera que el contenido no compromete el pensamiento del Comité Editorial ni de la Institución.

### **Proceso de evaluación**

- *Evaluación temática, de estructura y normas de citación:* se evalúa si el escrito es pertinente con los ejes temáticos de la revista y si cumple los criterios que se describen en la guía de autores. En caso que no responda a la temática de la publicación, se regresa al autor; si la presentación formal o de fondo debe mejorarse, se le solicita realizar las correcciones y hacer un nuevo envío en un tiempo ajustado al cronograma de edición; si el artículo cumple con las condiciones mencionadas, se dará paso a la segunda etapa del proceso de evaluación.
- *Análisis de similitud con otras publicaciones:* con el propósito de identificar si los artículos son originales e inéditos y de evitar posibles copias y plagios, se utiliza tecnología profesional para comparar los manuscritos con otros ya divulgados por distintos medios digitales, incluso, con las publicaciones académicas participantes de Crossref. El sistema tecnológico genera un reporte e índice de similitud; si este último es superior al 25%, el artículo es descartado; si por el contrario el

índice es hasta del 25%, el artículo continúa en la tercera etapa del proceso. A partir del reporte se identifican errores en el manejo de las citas y referencias, adecuado uso de las fuentes primarias y credibilidad de la información.

- *Evaluación por pares*: los artículos se someten a evaluación por pares bajo la modalidad de doble ciego, es decir, que es confidencial la información de los autores para los dictaminadores, y viceversa; a esto se agrega que entre estos últimos no se dan a conocer datos personales ni los conceptos evaluativos. Una vez iniciada la evaluación del artículo, los autores se comprometen a no retirarlo hasta la finalización del proceso.
- *Selección de evaluadores*: la revista cuenta con una base de datos de académicos investigadores, nacionales e internacionales, con experiencia en los temas del consumo de sustancias psicoactivas y de las adicciones en campos como la psicología, la pedagogía, el trabajo social, la medicina y otras áreas. Para cada artículo se asignan dos evaluadores que cumplan con: poseer un nivel académico igual o superior al de los autores; no pertenecer al comité editorial o al científico de la revista ni a la Universidad Católica Luis Amigó; si es colombiano, debe estar reconocido por Colciencias, en caso contrario, tener título de posgrado o un índice H5 mayor a 2.
- *Revisión de los artículos*: la dirección de la revista entrega a los árbitros el artículo acompañado de la guía para autores y de un formulario de evaluación en el que se abordan los siguientes elementos formales y temáticos:

Pertinencia del artículo de acuerdo con los intereses de la revista

Correspondencia del título con el tema

Vigencia del tema

Utilización de términos y conceptos según la disciplina

Pertinencia de gráficas, tablas y figuras

Utilización adecuada de las citas y referencias

Actualidad de las referencias

Novedad del trabajo

Rigor teórico-metodológico

Coherencia del texto

*Veredicto*: el formato se cierra con tres alternativas de dictamen: 1. “Se publica sin modificaciones”; 2. “Se publica con correcciones”; 3. “No se publica”. Si ambos dictaminadores consideran que el artículo “no se publica”, la dirección de la revista comunica la decisión al autor y envía, como soporte, el resultado de las evaluaciones entregado por los árbitros. Si ambos evaluadores coinciden en que el artículo “se publica sin modificaciones”, se informa al autor la decisión y se remite el artículo a la fase de edición. Si un evaluador considera que el artículo

debe publicarse sin modificaciones y otro indica que “se publica con correcciones”, se informa al autor acerca de los cambios que debe implementar y la fecha en que debe hacer llegar el documento con las correcciones solicitadas. Si uno de los dos califica el texto como “no publicable”, mientras el otro lo favorece, la dirección de la revista nombrará un tercer árbitro (manteniendo la modalidad “doble ciego”) para dirimir la controversia. Una vez recibida la tercera evaluación, se comunicará al autor el dictamen.

### ***Publicación y divulgación***

- La revista completa y los textos individuales se publican en formatos PDF y HTML. A cada contribución se le asigna un identificador persistente de recursos (DOI), que facilita su localización en internet.
- Una vez se aprueba la inclusión de los textos en la revista, se genera la publicación anticipada, con el propósito de responder a las necesidades de vigencia del contenido y a los requerimientos de los autores y del medio. Esta edición provisional contiene la última versión enviada por los autores, sin que aún se haya realizado la corrección de estilo, la traducción ni la diagramación.
- *Drugs and Addictive Behavior* utiliza, entre otros medios, las redes sociales y académicas para la divulgación de su contenido.

## **Ética y buenas prácticas de la publicación**

*Drugs and Addictive Behavior* es una revista de acceso abierto que se adhiere a los procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics (COPE), términos que podrán ser consultados en [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Se gestiona además bajo los siguientes principios:

### ***Causales de rechazo***

Se consideran causales de rechazo:

- El plagio y el autoplagio, la adulteración, invento o falsificación de datos del contenido y del autor, y que el artículo no sea inédito y original.
- Que el contenido de los textos no tenga un nivel de originalidad igual o superior al 75%.
- La existencia de conflictos de interés.

- El incumplimiento de las directrices para los autores.
- Escritura en términos obscenos, abusivos, difamatorios, injuriosos o que de cualquier modo vayan en contravía de la dignidad humana o del buen nombre de una persona natural o jurídica.
- La detección de datos recogidos sin los permisos necesarios de las personas naturales o jurídicas en estos implicadas.

### **Los autores**

- Las decisiones editoriales se informarán a los autores de manera oportuna, en términos respetuosos y procurando el mutuo aprendizaje.
- Cada etapa del proceso editorial y la publicación será notificada a los autores, quienes en uso de sus derechos podrán hacer y solicitar cambios al texto hasta la antes de ser informados de la disposición pública del material diseñado.
- El articulista se comprometerá a respetar las leyes nacionales e internacionales de Derechos de Autor y de Protección a menores.
- En caso de duda o disputa de autoría y coautoría se suspenderá el proceso de edición y la publicación del texto hasta que sea resuelto.
- Los datos académicos o personales adicionales a los solicitados en la nota de autor, se usarán únicamente para la inclusión de la revista en Sistemas de Indexación y Resumen.

### **Equipos colaboradores**

En virtud de la transparencia en los procesos:

- Los comités velarán por la calidad académica de la revista; por tanto, sus opiniones son consultadas periódicamente y estarán al tanto de la disposición en línea de la revista final.
- El Editor, los comités y los evaluadores tendrán libertad para emitir su opinión sobre la viabilidad de publicación del artículo.
- El Editor-Director de la revista no revelará a los evaluadores los nombres de los autores, y viceversa, mientras se cumpla el proceso de edición y revisión de los textos.
- En ningún caso, la dirección de la revista exigirá al autor la citación de la misma ni publicará artículos con conflicto de intereses.
- Los evaluadores declaran la inexistencia de conflictos de interés; es decir, que su concepto no está sesgado por ningún tipo de conveniencia: financiera, laboral, profesional, personal o cualquier otra de la que pueda desprenderse un juicio no objetivo sobre el texto.



### ***Cobros y pagos a colaboradores***

- La revista no cobra a los autores por ninguna actividad del proceso editorial ni por la publicación.
- No se generan retribuciones económicas a los autores que contribuyen a la revista ni a los miembros de los comités.
- Todos los costos de producción editorial, publicación y divulgación son asumidos por la Universidad Católica Luis Amigó.

### ***Reclamaciones***

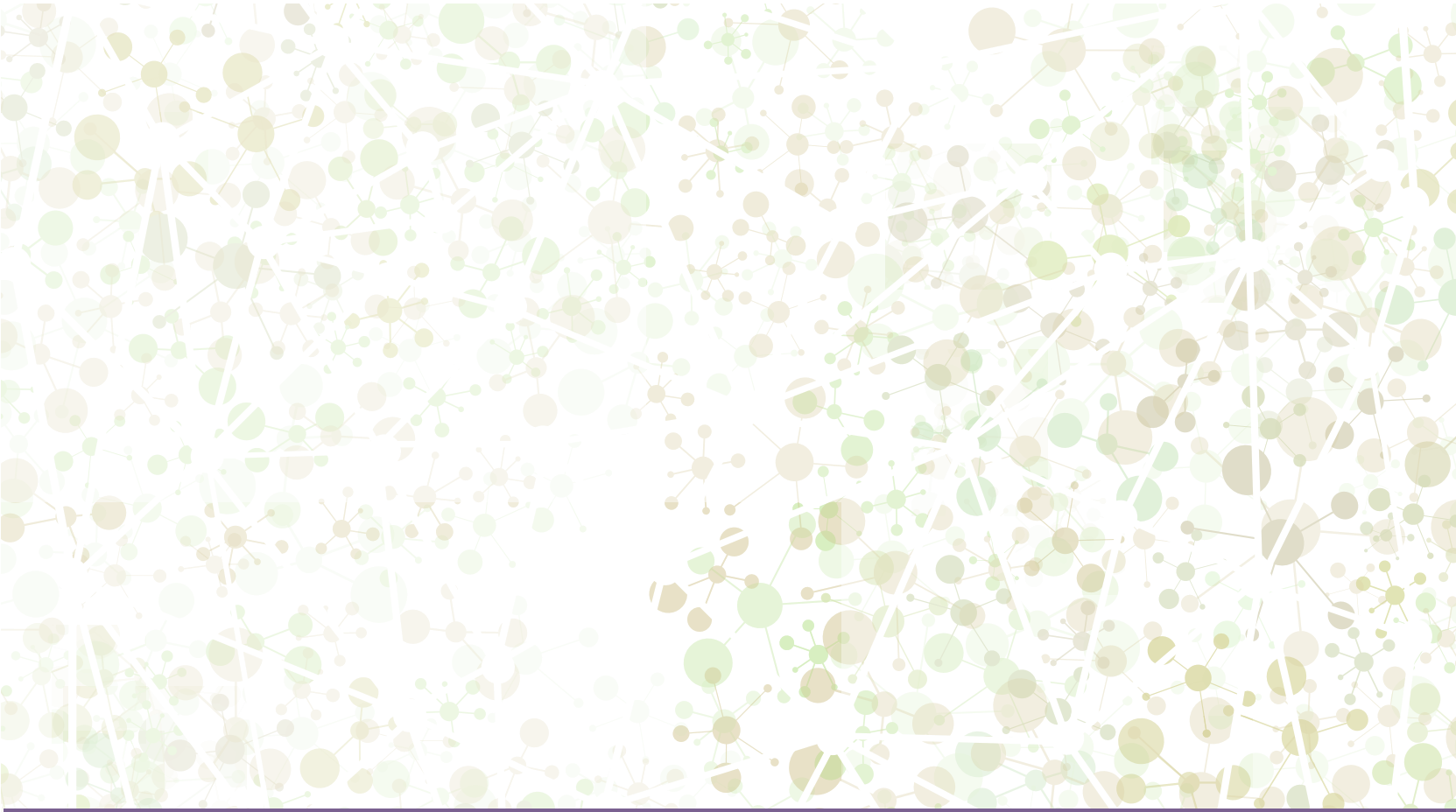
- Si una vez publicado el artículo: 1) el editor descubre plagio, adulteración, invento o falsificación de datos del contenido y del autor o errores de fondo que atenten contra la calidad o científicidad, podrá solicitar su retiro o corrección. 2) Un tercero detecta el error, es obligación del autor retractarse de inmediato y se procederá al retiro o corrección pública.
- Las opiniones contenidas en los artículos son atribuibles de modo exclusivo a los autores; por lo tanto, la Universidad Católica Luis Amigó no es responsable de lo que estas pudieran generar.
- Toda reclamación se recibirá por escrito mediante correo electrónico ([drugsaddictivebeh@amigo.edu.co](mailto:drugsaddictivebeh@amigo.edu.co)). El plazo máximo de respuesta será de cinco días hábiles a partir de la recepción de la disconformidad.

## **Declaración de privacidad**

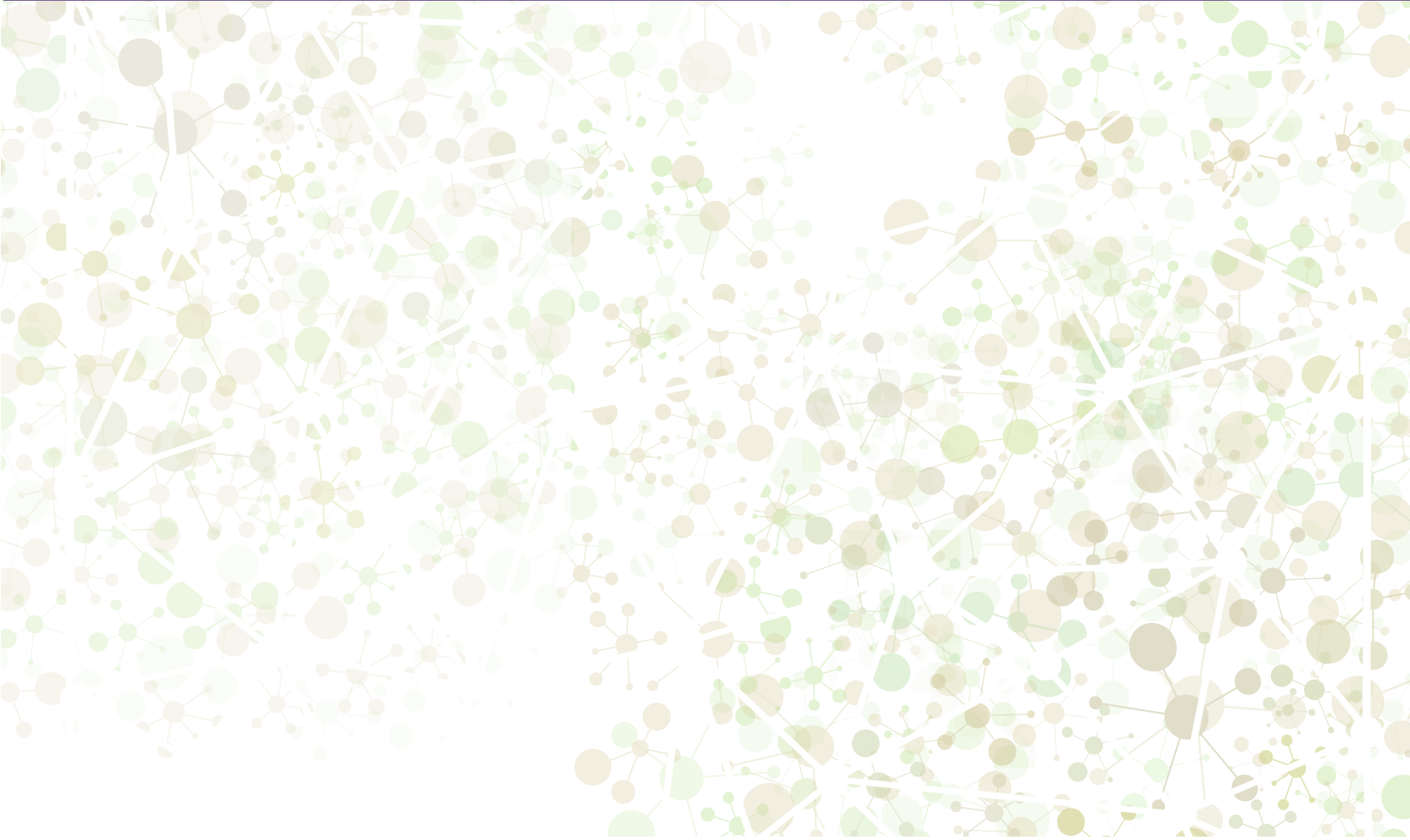
Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en *Drugs and Addictive Behavior* se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

## **Declaración de privacidad**

Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en *Drugs and Addictive Behavior* se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.



# Guidelines for Authors



## Focus and scope

### *Presentation*

The journal *Drugs and Addictive Behavior* is a semi-annual scientific publication, which seeks to divulge high quality articles on the subject of addiction that are the result of research or the product of a serious reflection of theoretical, professional and disciplinary significance in fields such as psychology, pedagogy, social work, medicine and related areas. Thus, it aims to contribute to the development of intervention, prevention of drug use and the promotion of healthy lifestyles and holistic health processes of people; at local, national and international levels.

### *Target audience and reach*

The journal is aimed at professionals, university students, and public and private institutions interested in the subject of drugs and addictive behavior and fields of knowledge such as psychology, education, social work, medicine and other related subject areas; as well as the general public interested in issues related to addictions.

### *Academic level of the authors*

The journal accepts contributions of authors with an academic level of Specialization, Master, Doctorate and Postdoctoral or from students in the last levels of professional degree or postgraduate evaluated for a tutor that who meets with the levels referred before.

# Rules for the submission of articles

## *Article Structure*

The articles must be unpublished, typed in Word, with one and a half spacing, using Arial 12-point font. They should include the title, abstract and keywords in Spanish and English. In case the article is written in a foreign language different to English, the title, the abstract and key words must be translated into English and Spanish; the rest of the content will remain in the original language.

The maximum length of titles should be 12 words, describing the main idea of the article. The use of numbers, symbols and abbreviations should be avoided, since it hinders later searches in databases, catalogs and indexing systems.

Each article must include the author's name(s), as usually registered in their publications. Each article must include a footnote with the following information in strict order: last level of training, institution (no abbreviations) to which he/she belongs, city, country, email and research group, in case he/she is part of a research group. Author is defined as the person(s) directly responsible(s) for writing the content.

The abstract should be analytical, with a maximum of 250 words. In the case of research articles, they should include the objectives, methodology, sample size, strategies or instruments used to collect information, and the main findings. For articles that are not the result of research, the summary should express clearly and succinctly the aim of the article, its main assumptions, the arguments and authors used as support and the principal thesis that structure the article.

There should be from five to seven keywords, all of which should be present in any thesaurus of the discipline. For example, the UNESCO Thesaurus or the Institute of Documentary Studies on Science and Technology.

Articles will be received with a maximum of four tables and / or figures; the latter are complementary visual aids presented as photographs, graphics, diagrams or drawings. Each table or figure must have a title and a footnote recognizing the original author. Figures and tables will have separate consecutive numbering.

For references and quotations, APA guidelines, Sixth Edition, will be used.

## Types of articles

Articles can be written in any language and may correspond in structure to the following types of text:

1. **Scientific and technological research article.** Presents in detail the original results of completed research projects. For this journal, the structure of the articles in scientific and technological research should contain six sections: introduction, methodology, results, discussion, conclusions and references.
2. **Reflection article derived from research.** Document stating the results of completed research from perspectives that can be either analytical, interpretative or critiques of other authors, on a specific topic based on original sources. The article's structure must follow: introduction, development, conclusions and references.
3. **Review or state-of-the-art article.** A document that presents the organization, integration and evaluation of a series of research projects around a specific problem or area of additions. Its purpose is to divulge across the scientific community the current state of research on the matter. It is characterized by presenting a careful bibliographical revision of at least 50 references, as recent as possible. The article's structure must follow: introduction, methodology, results, discussion, conclusions and references.
4. **Theoretical article.** It is the detailed analysis of a theory or specific concepts. Its aim is to qualify the theoretical foundations of the discipline.
5. **Case Study.** A document that presents the results of a study on a particular situation, in order to release the technical and methodological experiences considered in a specific case. It includes a systematic review of the literature on similar cases.
6. **Editorial.** A document written by a member of the editorial committee, or a guest researcher, which offers orientations on the subject of the journal.

## Publications policy

- The author should send the filled out manifestation of the transfer of property rights and the disclosure of conflicts of interest for the journal. This document shall be provided by the Editor and indicates the originality of the article, which has not been previously published and is not simultaneously postulated in another academic journal.

- The direction of the journal *Drugs and Addictive Behavior* will confirm the author, in a maximum of three (3) days from the reception of the contribution received, if shipment is made via email; or immediately, if it is entered by the OJS (Open Journal Systems). The reception of articles does not imply an obligation to publish them.
- The journal *Drugs and Addictive Behavior* brings articles received under initial evaluation by the Editorial Committee; if the Committee finds relevant materials, it will send the article under evaluation to anonymous reviewers, who will determine if it is publishable.
- Once the editorial committee begins the evaluation of the article, the authors must commit themselves to following through with the entire review process.
- Printed articles will not be received. All submissions must be sent, by email, to the journal's or the OJS's electronic address.
- No partial versions of the text will be received, that is, those that the author is considering editing and which are not structurally adjusted to a specific type of article.
- Once the article is submitted, it is understood that the author authorizes the publication of his/her contact details and institutional affiliation.
- The authors are directly responsible for the ideas, judgments and opinions expressed in the articles; in such a way that the contents of all articles do not compromise the thought of the Editorial Committee or the Institution.

## Publication ethics

- The Editorial Committee, by virtue of the transparency in the editorial process, will ensure that the academic quality of the journal is upheld.
- Considered grounds for rejection: plagiarism and self-plagiarism, adulteration, invention or falsification of data of the content and the author, or that the article is not original or unpublished.
- The editor will verify the relevance of the article, in accordance with the policies of the journal and supported by the Turnitin's Originality Check, software that detects mistakes in the use of quotations, possible copies and plagiarisms. If deemed feasible, the editor shall refer the article to the reviewers; otherwise he/she will report the findings to the author and discard it. Articles must have a minimum level of originality of 75%.
- The directors of the journal will, under no circumstances, require the author to quote the journal, nor will they publish articles with conflicts of interest.

- If, once the article is published: 1) the publisher discovers plagiarism, forgery, falsification or invention of data content, or false information concerning the author; misstatements that threaten the quality or the scientific rigorousness of the journal, he/she, may request the article's removal or correction. 2) A third party detects the error, it is the obligation of the author to recant immediately and proceed with the withdrawal or public correction of said article.
- The views expressed in the articles are attributable exclusively to the authors; and as such, the institution is not responsible for any impact these may have.

## Peer review process

Reviewers will be persons with knowledge of the specific topic of each article. The evaluation will be undertaken in accordance with the model "double blind", meaning that neither the reviewer knows who is reviewing, or the author knows who revised his/her text.

For the evaluation, the referees should keep in mind:

- The validity of research results or disciplinary production.
- The relevance of the article in terms of updating the topic of addictions.
- Topicality and richness of sources.
- The strength of the information.
- The conceptual and textual consistency.

Reviewer shall complete a form in order to facilitate the provision of their views on the text that will be sent via email.

## Open access policy

This journal provides immediate open access to its content on the principle of making available the results of research and generating global knowledge sharing.

**La contribución debe enviarse únicamente mediante el OJS:**

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB>

[drugsaddictivebeh@amigo.edu.co](mailto:drugsaddictivebeh@amigo.edu.co)

Universidad Católica Luis Amigó

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Escuela de Posgrados

Transversal 51A N° 67B-90. Medellín, Antioquia, Colombia

Tel: (574) 448 76 66

[www.ucatolicaluissamigo.edu.co](http://www.ucatolicaluissamigo.edu.co)