

**Representaciones sociales y percepción de riesgo de los jóvenes y
los profesionales en salud de la ciudad de Medellín frente a las
adicciones comportamentales**

Yuvirley Arenas Villa

Director

Guillermo Castaño

Doctor en psicología de la salud

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS ROSARIO

INSTITUTO JUAN LAZARTE

Medellín, 2020

Dedicatoria

A mi familia

Agradecimientos

A Dios por darme la oportunidad de culminar este proyecto de vida y acompañar cada paso que he dado.

A mi familia, en especial a mi madre, quien ha sido el motor de mi vida y me ha enseñado que con perseverancia y esfuerzo puedo lograr todo aquello que me propongo, aplaude mis logros y también me insta a continuar cuando he querido parar. A mi padre y mi hermana por su incondicional amor.

A mis amigos y a cada una de las personas que me preguntó: ¿cómo va la tesis? Gracias por cada palabra de motivación.

De manera muy especial a mi director de tesis, el Dr. Guillermo Castaño, culminar este proyecto no hubiese sido posible sin su acompañamiento, aportes, sabiduría y motivación en momentos difíciles.

También agradezco a cada uno de los jóvenes que participaron en los grupos focales, a los profesionales del área de la salud que se dispusieron para contribuir en las entrevistas y a cada uno de los directivos docentes de las instituciones educativas que abrieron sus puertas y permitieron que los grupos focales se desarrollaran dentro de sus establecimientos.

Resumen

La investigación se orientó en comprender las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tienen los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad de Medellín, frente a las adicciones comportamentales, buscando con ello identificar cuáles son las más frecuentes en la ciudad. La metodología utilizada se basó en el diseño metodológico cualitativo y un enfoque histórico- hermenéutico, se utilizaron dos instrumentos para la recolección de la información grupos focales aplicada con la población juvenil y la entrevista a profundidad semi estructurada con profesionales en salud. Las adicciones son un fenómeno social que convoca a las disciplinas relacionadas con la salud mental a pensar, no sólo para buscar una definición, sino para construir estrategias de intervención adecuadas y eficaces que minimicen los daños. Las comportamentales afectan a los sujetos y las comunidades, provocando problemas conexos como depresión, trastornos de ansiedad, aislamiento social, entre otros.

Palabras clave: representaciones sociales, percepción de riesgo, adicciones comportamentales y salud mental.

Abstract

The research was aimed at understanding the social representations and the perception of risk that young people and health professionals in the city of Medellín have, in the face of behavioral addictions, thus seeking to identify which are the most frequent in the city. The methodology used was based on the qualitative methodological design and a historical-hermeneutical approach, two instruments were used to collect information from focus groups applied to the youth population and the semi-structured in-depth interview with health professionals. Addictions are a social phenomenon that summons disciplines related to mental health to think, not only to seek a definition, but to build appropriate and effective intervention strategies that minimize damage. Behavioral issues affect individuals and communities, causing related problems such as depression, anxiety disorders, social isolation, among others.

Keywords: social representations, risk perception, behavioral addictions and mental health.

Contenido

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos	3
Resumen	4
Abstract.....	5
Introducción	13
Justificación	16
I. Antecedentes Investigativos	20
1. Investigaciones nacionales de carácter descriptivo o cualitativo .	21
2. Estudios Internacionales de carácter cualitativo o descriptivo	28
II. Referentes Teóricos.....	33
2 Representaciones sociales.....	33
Aproximación al concepto de representaciones sociales.	33
Antecedentes y orígenes de las representaciones sociales.....	36
Características y funciones de las representaciones sociales.	38
Dimensiones de las representaciones sociales.....	41
Antecedentes de la investigación sobre las representaciones sociales de las enfermedades mentales.	43
2. Percepción de riesgo.....	47
Aproximaciones al concepto.	47
3. Sociedad en riesgo.....	49
Percepción de riesgo y adicciones.....	51
4. Adicciones comportamentales.....	53
Concepto de adicciones.	53

Epidemiología de las adicciones comportamentales.....	56
Conceptualización de adicciones comportamentales, psicológicas o no químicas.....	58
Tipos de adicciones comportamentales.....	60
Tratamiento de las adicciones comportamentales.....	79
Prevención de las adicciones comportamentales.....	81
5. Salud pública y adicciones.....	83
Salud pública de las drogodependencias en las Américas.....	83
Salud Pública y adicciones en Colombia.....	91
Salud Pública y adicciones no químicas.....	96
III. Situación Problemática.....	98
Contexto donde se desarrollará la investigación.....	101
IV. Objetivos.....	105
1. Objetivo general.....	105
2. Objetivos específicos.....	105
V. Metodología.....	106
1. Diseño metodológico.....	106
2. Enfoque metodológico.....	107
3. Contexto temporal de esta investigación.....	109
4. Técnicas e instrumentos para la recolección de información.....	110
5. Población y muestra.....	113
6. Instrumento para la recolección de la información.....	114
7. Categorías de análisis y subcategorías.....	114
Categorías.....	115
8. Sistematización y análisis de la información.....	116
9. Aspectos éticos.....	117

VI. Resultados y discusión	119
1. Categoría 1. Representaciones Sociales de los jóvenes y los profesionales en salud frente a las comportamentales.....	122
Adicción a los juegos de azar o Ludopatía.....	124
Adicción a los videojuegos.....	131
Adicción a la comida	140
Adicción al sexo	149
Adicción al internet.....	157
Categorías Secundarias	171
Naturalización de las conductas adictivas.....	171
La moral y las adicciones comportamentales:.....	177
Consumismo social y adicciones comportamentales	182
Familia y adicciones comportamentales.....	187
Categoría 2. Percepción de riesgo frente a las adicciones comportamentales	190
Percepción de riesgo basada en las consecuencias fisiológicas de las adicciones comportamentales	192
Percepción de riesgo basada en las consecuencias psicosociales de las adicciones no químicas:.....	198
Naturalización de las conductas adictivas, en relaciona la baja percepción de riesgo que tiene la población sobre las adicciones comportamentales	204
Categoría 3. Prácticas adictivas de carácter comportamental con mayor reconocimiento en la ciudad de Medellín.....	208
Adicción a los juegos de azar en la ciudad de Medellín:	210
Adicción a la comida en la ciudad de Medellín.....	215
Adicción a los videojuegos en la ciudad de Medellín	219

Adicción al internet en la ciudad de Medellín	222
Categoría 4. Salud pública y adicciones comportamentales	228
Adicciones comportamentales como un problema de salud pública en la ciudad de Medellín.....	230
Adicciones comportamentales como un futuro problema de salud pública en la ciudad de Medellín	234
Categoría 5. Prevención de las adicciones comportamentales	238
Educación como principal herramienta de prevención	242
Familia como escenario de prevención	246
Programas Nacionales y departamentales enfocados en la prevención de las adicciones comportamentales	251
Categoría 6. Intervención de las adicciones comportamentales	257
Oferta de intervención del sector público y el sector privado para las adicciones comportamentales	260
VII. Conclusiones	265
VIII. Limitaciones	269
IX. Perspectivas de Investigación	270
X. Anexos	271
Bibliografía.....	277

Lista de Tablas

TABLA 1. Modalidades de adicción al internet.....	70
TABLA 2. Relación entre categorías y subcategorías.....	116

Lista de Figuras

FIGURA 1. Códigos Atlas.ti120

FIGURA 2. Agrupación por familias Atlas.ti121

Lista de Anexos

ANEXO A. Instrumento para grupos focales	271
ANEXO B. Instrumento para entrevista semi estructurada con profesionales de salud	274
ANEXO C. Representaciones sociales y percepción de riesgo de los jóvenes y los profesionales en salud frente a las adicciones no químicas	276

Introducción

La presente investigación refiere al tema de representaciones sociales y percepción de riesgo que tienen los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad de Medellín, frente a las adicciones comportamentales, buscando con ello identificar cuáles son las más frecuentes en la ciudad de Medellín, y las diferentes representaciones sociales que las rodea.

En una sociedad donde el tema de las adicciones cada vez se acrecienta más y en la que es evidente la gran preocupación de los diferentes entes gubernamentales y distintos escenarios de la salud pública y la sociedad en general para generar estrategias de prevención y mitigación que contrarresten los efectos de las adicciones en la persona, su familia y su entorno cercano, se hace necesario identificar las nuevas manifestaciones de las conductas adictivas en la ciudad, buscando a su vez establecer la percepción de riesgo que pueden tener los jóvenes y profesionales en salud frente estas nuevas adicciones.

Si bien, el término de “adicción” nos evoca a pensar inmediatamente en sustancias psicoactivas (SPS) es necesario tener presente que en la actualidad existen una serie de conductas que al ser placenteras para la persona pueden ser susceptibles de generar adicción frente a la misma, ejemplo de esto es la adicción a los juegos de azar, adicción al internet, al sexo, entre otras. Sin embargo, la cotidianidad con la que en la sociedad se realizan estas conductas hace que exista una línea invisible entre el exceso con determinada práctica y la existencia de una adicción, la diferencia entre ambas consiste en el impacto que genere la realización de determinada conducta susceptible de adicción en la vida de la persona y su entorno. Es por esta razón, que esta investigación busca identificar cuáles son las prácticas adictivas de carácter comportamental más frecuentes en la ciudad de Medellín, las representaciones sociales que las rodean y la percepción de riesgo frente a las mismas, esto con el fin último de establecer hasta qué punto estas prácticas adictivas contemporáneas pueden convertirse en un

problema de salud pública para la ciudad de Medellín y así poder brindar lineamientos para el establecimiento de políticas públicas en relación a la prevención y la intervención de las adicciones comportamentales.

En esta vía, es necesario tener presente que, en una sociedad cambiante, los retos para la salud pública se acrecientan, en la actualidad no solo tenemos que pensar en estrategias para prevenir e intervenir las adicciones químicas, sino que también es necesario comprender que en la medida en que la sociedad cambia aparecen nuevos retos como las adicciones comportamentales. Al respecto, (Brugal 2006), a través de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, afirma que las adicciones contemporáneas tanto las producidas por nuevas sustancias, como las del comportamiento o psicológicas, van creciendo paralelo al desarrollo de las sociedades industrializadas, al ocio, al tiempo libre y a una nueva forma de vida, lo cual constituirá a su vez un nuevo reto para la salud pública.

La metodología utilizada en esta investigación, se basa en el diseño metodológico cualitativo y un enfoque histórico- hermenéutico, puesto que este trató de ubicar la praxis social y personal dentro de una historia y orientar esa práctica. En cuanto a las técnicas utilizadas para la recolección de la información, se utilizaron dos, la primera grupos focales hasta agotar categorías, aplicada con la población juvenil, dichos grupos se conformaron agrupando los jóvenes según su edad y escolaridad, con una participación de 6 a 10 estudiantes por cada grupo. En segundo lugar, se utilizó la entrevista a profundidad semi estructurada con profesionales en salud de la ciudad de Medellín, para lo cual se buscaron nueve (9) profesionales, 1 psicólogo, 2 psicólogos especialistas en adicciones, 1 psiquiatra, 1 enfermero profesional, 2 médicos, 1 epidemiólogo, 1 salubrista. Es importante aclarar que entre el grupo de profesionales a entrevistar hubo algunos con experticia en intervención de adicciones y otros que no. Para el desarrollo de esta investigación se tomó una muestra no probabilista, intencional, de carácter homogéneo, puesto que se buscó tomar un subgrupo de características similares, (Pineda1994).

Así mismo, se buscó centrarse en las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tiene las poblaciones antes mencionadas, se considera qué en la medida en que las comunidades se empoderan de sus problemáticas en salud pública, pueden exigir a los entes gubernamentales acciones de prevención, mitigación e intervención frente a las mismas. En línea con lo anterior, es válido tener presente que la población de profesionales en salud se seleccionó teniendo presente la importancia de su rol a la hora de identificar e intervenir conductas adictivas de carácter comportamental y la población juvenil se eligió teniendo presente que por sus características se convierte en una población con riesgo potencial de generar una práctica adictiva comportamental.

Justificación

Indiscutiblemente, el problema de las adicciones ha hecho presencia en nuestra sociedad desde muchos años atrás, éste crece de manera desmesurada y aunque son muchas las estrategias que en diferentes momentos históricos y sociedades, las diferentes disciplinas han utilizado para intentar acabar o minimizar esta problemática, pareciera que no han sido suficientes, puesto que cada vez son más las personas que desarrollan o generan una adicción; y en esta misma lógica, son más las sustancias que aparecen en la lista de adictivas que son consumidas por los individuos y traduciéndose en nuevas conductas adictivas o nuevas adicciones.

Las adicciones son una problemática que convoca a las disciplinas relacionadas con la salud mental a pensar, no sólo para buscar una definición, sino para construir estrategias de intervención adecuadas y eficaces que minimicen los daños y el gran aumento de estas en la contemporaneidad.

Cabe preguntarnos en este punto ¿Por qué una adicción, sea cual sea, perjudica la salud mental del individuo que la padece y de las personas que lo rodean?, la respuesta es simple: cuando se genera una adicción sea a una droga o a una conducta permanente de carácter nocivo, la persona empieza a perder su funcionalidad en el medio, su vida se reduce a la repetición constante del consumo o del acto, para así obtener la satisfacción dada por los efectos de este, mientras tanto, sus relaciones familiares, laborales, de pares, afectivas y académicas se deterioran notablemente, resumiendo su vida a la triada: *consumo- efectos- consumo*. Y cuando esta se presenta, no solo se ve implicada la persona que padece la adicción, sino también todos aquellos que la rodean, por lo tanto, no solo se ve afectada la salud mental del adicto, sino también de sus familiares, amigos y personas cercanas.

Son dos trastornos los que se han incluido bajo el concepto de adicciones: la dependencia a las drogas, también llamadas dependencias químicas, drogodependencias o farmacodependencia y las adicciones sin sustancia, más conocidas en la actualidad como comportamentales, incluyendo en estas últimas la ludopatía, la vigorexia, las dependencias tecnológicas, las compras, al sexo, al trabajo e incluso a conductas tan cotidianas como comer. De las drogodependencias mucho se ha escrito e investigado y hay suficiente evidencia sobre su efecto en la salud pública de la población, pero de las adicciones comportamentales poco se ha estudiado.

Lo poco que se conoce sobre las dependencias comportamentales, ha mostrado que este tipo de adicciones también afecta a los sujetos y las comunidades, provocando problemas conexos que preocupan los sistemas generales de salud de los países, tales como depresión, trastornos de ansiedad, aislamiento social, entre otros.

Pensar en los efectos que tienen estas dependencias en la salubridad de cada contexto nos lleva primero a preguntarnos por la prevalencia de estas adicciones en cada país. Sin embargo, a grandes rasgos se pueden dimensionar los efectos negativos que traen las adicciones comportamentales y el gran reto que tiene la salud pública para asumir dichas adicciones y sus efectos como un problema emergente, estas pueden incidir de manera directa o indirecta en la morbilidad y años de vida perdidos de una población.

Se ha demostrado que tanto la depresión como la ansiedad han tenido repercusión en la morbilidad de las personas, lo que a su vez nos lleva a pensar hasta qué punto una adicción pueden afectar la morbilidad y mortalidad de una población, ambas patologías en muchos de los casos son detonadas por conductas adictivas, llevando a una persona no solo a

padecer de ansiedad o depresión, sino que también desencadenando en ella ideaciones o intentos de suicidio.

(Bahamón 2006), sostiene que el 76% de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de juego patológico cumplen criterios de trastorno de depresión mayor y aproximadamente el 28% tienen episodios depresivos recurrentes, tal vez debido a los problemas generados por la adicción; así mismo, el autor afirma que hasta un 97% de adultos jugadores patológicos tienen riesgo de suicidio y que el 27% se suicidan, de lo anterior se puede colegir que las adicciones comportamentales son una problemática causal de otros problemas de salubridad tanto físicos como mentales en la población adicta.

Al respecto, (Bahamón 2006: 387) asegura que:

Las patologías psiquiátricas que se encuentran como comorbilidad en jugadores patológicos, comprenden: el abuso de sustancias, los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y otros como el déficit de atención e hiperactividad, trastornos disociativos y los trastornos de alimentación.

Lo que, nos lleva a pensar en una comorbilidad de estos trastornos no solo con el juego patológico, sino también con las otras adicciones comportamentales.

(Brugal 2006), a través de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, asevera que las adicciones contemporáneas tanto las producidas por nuevas sustancias, como las del comportamiento o psicológicas, van creciendo paralelo al desarrollo de las sociedades industrializadas, al ocio, al tiempo libre y a una nueva forma de vida, lo cual constituirá a su vez un nuevo reto para la salud pública.

Parte del poco registro bibliográfico e investigativo que se tiene sobre estas adicciones es debido al desconocimiento de este tipo de trastornos psicosociales, lo cual tiene que ver con la baja percepción del riesgo y lo que representan socialmente estas problemáticas tanto en los legos como en los entendidos, hasta el punto que los manuales diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) no consideraban estos trastornos con nosología propia, reconociendo solo la ludopatía en la categoría residual del trastorno de control de impulsos no especificado en el manual diagnóstico DSM-IV R. Sin embargo, uno de los grandes logros, con relación al reconocimiento de las adicciones comportamentales en espacios académicos y científicos, es la aparición de la ludopatía como un trastorno mental para el actual DSM-V.

Por todo lo anterior, esta investigación se centrará en las adicciones comportamentales como principal eje de conocimiento; preguntándose por las representaciones sociales y la percepción de riesgo que rodea a esta problemática en la ciudad de Medellín: ¿qué representaciones sociales y que percepción de riesgo tiene la población frente a las adicciones comportamentales? ¿Cómo las perciben?, ¿qué representan para ellos? ¿Son estas naturalizadas o no en la cultura antioqueña?

Se pretende indagar sobre el conocimiento colectivo que tiene la población seleccionada frente a este tema, buscando comprender como conductas aparentemente “normales” pueden convertirse en problemas de salud para una persona e incluso en un problema de salud pública en una ciudad como Medellín. De igual modo, se busca generar aportes teóricos desde la salud pública que sustenten la creación de programas de prevención de las adicciones comportamentales, puesto que solo si se logra comprender las representaciones sociales de esta problemática y la percepción de riesgo que tiene la población al respecto, se podrán establecer estrategias de prevención e intervención adecuadas para contrarrestar la prevalencia de estas adicciones en la ciudad.

I. Antecedentes Investigativos

Aunque en Colombia no son muchos los estudios realizados con respecto a las adicciones comportamentales, se logró encontrar estudios nacionales de carácter descriptivo y epidemiológico con relación al tema. Entre las investigaciones relacionadas con la ludopatía en el país, Castaño, Calderón y Storni (2010), el cual compila los resultados de tres (3) investigaciones realizadas que hacen referencia a esta adicción como dependencia no química; de igual manera, el realizado por (Pérez y Cano 2007), en la Universidad San Buenaventura de la ciudad de Medellín; así mismo, (Zapata y otros 2010), los cuales investigan el riesgo del juego patológico y su relación con los trastornos mentales; (Ballesteros y otros 2006), realizan un análisis funcional del juego en niños y adolescentes de la ciudad de Bogotá. Por último se hallaron dos estudios de carácter epidemiológico, el primero ellos es el de (Castaño, et al., 2010), quienes realizan un estudio epidemiológico sobre el juego de azar en la Universidad de Manizales-Colombia, y el de (Bahamón 2006), los cuales realizan una revisión teórica sobre el tema.

Entre los estudios nacionales encontrados con relación a otras dependencias no químicas se tiene el realizado por (Calderón y otros 2016) titulado Representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en el Valle de Aburrá, una mirada desde los profesionales, los autores buscan comprender las representaciones sociales de las adicciones comportamentales en los profesionales de las ciencias sociales y de la salud del Valle de Aburrá con el propósito de contribuir a una mejor intervención de estas adicciones.

(Cala y otros 2011), buscaron diseñar una prueba para medir compra compulsiva en la población colombiana. Por su parte, (Puerta y otro 2013), investigan el uso problemático del internet en estudiantes universitarios de

Colombia. Por último, (Gutiérrez y otro 2007) estudian la adicción al ejercicio como una problemática actual, en estudiantes de la universidad de Antioquia de la ciudad de Medellín.

En el rastreo bibliográfico realizado hubo hallazgos de estudios internacionales relacionados con el juego patológico, entre los cuales están: El estudio cualitativo de la ludopatía en Navarra, de Urdániz y otros 1999). (Díaz y otros 2006), realizaron una investigación titulada Adicción a internet: perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental, Lima, Perú. El estudio de (Mora 2009), titulado Cuando el juego se convierte en un problema, concepciones de prácticas de los profesionales de la salud acerca del juego, vinculado a nuevas tecnologías en adolescentes ya adultos jóvenes de la ciudad de Buenos Aires. (Llinares y otros 2006) España, realizan la investigación titulada Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras.

Así mismo se hallaron investigaciones internacionales sobre otras adicciones comportamentales, (Sánchez y otros 2008), analizan la adicción al internet y al móvil en Barcelona. Por su parte (Tejeiro 2002), estudia la adicción a los videojuegos, haciendo una revisión profunda del tema. Y para finalizar, (Valdez y otros 2013), realizaron un estudio titulado Prevalencia de la Vigorexia, en estudiantes universitarios de Temuco-Chile.

Entre los hallazgos más relevantes y que aportan a la construcción del trabajo académico, se tienen:

1. Investigaciones nacionales de carácter descriptivo o cualitativo

En primera instancia, se resalta la investigación realizada por (Calderón y otros 2016), titulada Representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en el Valle de Aburrá, una mirada desde los

profesionales, estudio de corte cualitativo, con un enfoque fenomenológico-hermenéutico, cuya técnica principal fueron las entrevistas a profundidad, los autores concluyen que la relación que se da en las conductas adictivas va más allá de lo biológico y lo psicológico, e incluye lo social y lo cultural, estas comprensiones que se proponen desde la complejidad, han permitido entender mejor a los seres humanos, por lo que se exige en otros ejercicios investigativos que se permita conocer sobre otras representaciones sociales, con unos enfoques que tiendan más a comprender la razón de la existencia.

Por su parte, (Zapata y otros 2010), realizan un estudio sobre Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín –Colombia, es un estudio de corte transversal, con una muestra de 3,846 estudiantes entre los 10 y los 19 años, se buscó investigar el riesgo del juego patológico y su posible relación con los trastornos mentales, problemas escolares y familiares, en una población escolarizada de la ciudad de Medellín, Colombia. En dicho estudio se concluye que la prevalencia del juego patológico es alta para esta población, puesto que un 37,6% son jugadores en riesgo y el 13,8% de la población son posibles jugadores patológicos. Así mismo se evidenció que esta prevalencia está asociada a trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y problemas de índole familiar y escolar; de igual modo, se demostró que el juego patológico presenta una alta relación con los trastornos de ansiedad, depresión, intentos de suicidio y comportamientos violentos en los jóvenes. La investigación concluye señalando la importancia de implementar un despliegue amplio e integral de intervenciones preventivas y terapéuticas para impactar el problema.

(Castaño y otros 2010) publican el libro Ludopatía, una dependencia química de cuidado, plasman una valiosa recopilación de cuatro investigaciones realizadas en la ciudad de Medellín, la primera de ellas titulada Factores de riesgo para ludopatía en población adulta, jugadores patológicos de casino en la ciudad de Medellín (Castaño y otros 2010),

estudio descriptivo interpretativo y buscó identificar los factores de riesgo existentes para ser propensos al juego patológico en casinos, adultos de ambos sexos que han estado sometidos a alguna intervención para recuperarse de su adicción. Los resultados arrojados en esta investigación reafirman la mirada de la ludopatía como un fenómeno en el que se involucran elementos muy diversos de orden subjetivo, familiar y social. Concluye que el ambiente de los casinos es un alto factor de riesgo para las personas que los visitan puesto que los diseños coloridos, tanto internos como en el entorno inmediato se han convertido en algo “casi mágico” que va envolviendo a los consumidores. Los entrevistados manifestaban que estos ambientes se convierten en agradables por su buena atención, abiertos las 24 horas, con mujeres lindas que los atienden, se escucha bulla, música, y no hay ventanas ni reloj, lo cual los transporta a otro mundo.

La segunda investigación que aparece en este libro, titulada Factores de riesgo para ludopatía en población adulta mayor de la ciudad de Medellín, (Castaño y otros 2010), orienta el estudio en analizar los factores de riesgo al juego patológico, en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Medellín, a fin de plantear posibles alternativas de prevención. Esta investigación fue principalmente descriptiva, aunque en un primer momento hubo un acercamiento interpretativo sobre los factores de riesgo que tienen los adultos mayores. Acorde a los diversos criterios diagnósticos desarrollados se estimó que la población de adultos mayores podría llegar a verse inmersa en problemáticas psicosociales diversas, debido a múltiples factores de riesgo que enfrentan, entre los que se puede mencionar las reformas laborales, la violencia social y el aumento de la expectativa de vida lo que da como resultado un creciente número de personas mayores jubiladas.

El tercer estudio tenido en cuenta se titula Factores protectores y alternativas de prevención en ludopatía, (Castaño y otros 2010), en el que se buscó identificar los factores protectores en jugadores sociales y no

jugadores y describir las situaciones que ponen a los usuarios del juego en protección, se entrevistaron jugadores sociales, no sociales y expertos. El estudio se realizó desde un enfoque cualitativo y logra dar cuenta de los factores protectores de índole familiar, personal y socio ambiental. Como asunto problemático se planteó la legalización y promoción de los juegos de suerte y azar en Medellín, que traen consigo un aumento indiscriminado de casas de juego y de casinos, tomando una opción recreativa en la población colombiana en general pero a su vez adquieren hábitos de juego inadecuados que se proyectan en la edad adulta como un problema de salud, en este caso, ludopatía. Los autores concluyen que no existen factores protectores únicos, que a modo de vacuna sirvan para todos los casos, puesto que esto depende de la persona, sus características psicobiológicas y las relaciones con el medio ambiente. Es posible que existan personas cuya predisposición a la compulsión por el juego sea tan alta que no las proteja nada.

Por último, los autores presentan la investigación Alternativas de tratamiento que se ofrecen a los ludópatas de Medellín y su Área Metropolitana, (Castaño y otros 2010) se pretendió determinar cuáles son las diferentes alternativas de tratamiento para las personas ludópatas, así, como plantear posibles lineamientos de intervención, adecuados al contexto cultural de la ciudad. El estudio tuvo un enfoque cualitativo con alcance interpretativo. Uno de los hallazgos principales de este, es que, en relación al tratamiento, existen centros de atención en drogadicción con modalidades residenciales y ambulatorias, con los cuales se realiza un proceso de intervención principalmente en adicciones químicas; solo hasta hace poco se ha empezado a atender a ludópatas, puesto que se ha incrementado la problemática y por consiguiente la solicitud de ayuda en centros especializados.

Es importante traer a colación la investigación *El juego de azar y el video juego* en la universidad San Buenaventura de Medellín realizada por (Pérez

y otro 2007). Se hace una descripción del uso de los juegos de azar y los video juegos, en los estudiantes, docentes y empleados de la universidad San Buenaventura, seccional Medellín, es aplicado a una muestra de 461 estudiantes, 191 docentes y 135 empleados de la universidad, entre los resultados obtenidos se encontró que: el 10,4% de la población jugadora entrevistada algunas veces presenta problemas para realizar actividades cotidianas tales como académicas, deportivas y familiares por estar pensando en el juego, el 1,3% de la población siempre presenta problemas para realizar estas actividades. Al 37,1% de la población los juegos de azar algunas veces los distensionan y les calma la ansiedad y el 5,4% el juego de azar siempre los distensionan y calma su ansiedad. El 13,9% de la población entrevistada continúa jugando a pesar de tener dolencias y malestar físico por la posición que les exige el juego.

En línea con lo anterior, se tiene el estudio realizado por (Ballesteros y otros 2006) titulado Análisis funcional de casos de conducta de juego en niños y jóvenes de Bogotá-Colombia, presenta los resultados del análisis funcional de seis (6) casos que participaron en la investigación de mayor escala sobre juegos de suerte, azar y habilidades con jóvenes de 10 a 22 años, en la ciudad de Bogotá, Colombia. Los seis casos representan variabilidad en los juegos, excepto el caso 2 de una joven de 17 años, quien solo juega lotería. Los menores de edad participaron con consentimiento informado de los padres, quienes también fueron entrevistados, se utilizaron entrevistas, una escala de opinión, una escala de situaciones con el juego, observaciones directas y auto registros de ocasiones de juego durante un período de una semana a diez días. El análisis funcional, como metodología para explicar la conducta de personas o grupos, permitió comprender las variables micro y macro contextuales que en cada caso mantienen relaciones funcionales con la conducta de juego y apuesta; además se pudo establecer que la mayoría de los casos corresponden a la categoría de juego problema en riesgo de juego patológico.

Por su parte, (Castaño y otros 2010), realizan una investigación titulada Estudio epidemiológico sobre juegos de azar y factores asociados a la población universitaria de la universidad de Manizales, Colombia, se analiza la frecuencia y práctica del juego de azar y factores relacionados, en estudiantes de pregrado de la Universidad de Manizales en el año 2010, en una muestra seleccionada de 305 estudiantes, en donde se tuvieron en cuenta variables de género, edad, programa, estrato socioeconómico, ingreso semanal, tipo de juego y su frecuencia, consumo de alcohol, cigarrillo, drogas, función familiar, entre otras. Los resultados indican que el 53,3% de los estudiantes alguna vez han practicado juegos de azar, un 7,6% se clasificaron como jugadores dependientes y el 13,6% se clasificaron como jugadores en riesgo. Dicho estudio concluye resaltando la alta frecuencia que existe en la práctica de los juegos de azar en la población estudiantil, argumentado así, cómo el juego patológico merece mayor atención del sistema de salud.

Por último, (Bahamón 2006) en el estudio titulado Juego patológico, revisión del tema, cuyo objetivo es presentar el juego patológico como entidad psiquiátrica importante, con el fin de llamar la atención de la comunidad médica del país, estimulando así su detección y tratamiento en el medio. De acuerdo con este trabajo académico-investigativo, se estima que en Colombia el 61% las personas mayores de edad destinan una parte del presupuesto mensual a los juegos de azar, y la edad promedio de los jugadores está entre los 34 y los 54 años. El autor también muestra la comorbilidad que tiene el juego patológico con los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, argumentado que el 97% de adultos ludópatas tienen riesgo de suicidio y el 27% se suicidan. Como conclusión principal, afirma que no hay estadísticas ni estudios colombianos concluyentes que logren mostrar el tamaño del problema por la presencia de juego patológico en la población, a pesar de que es conocido que nuestra población culturalmente tiende a desarrollar actividades de juego que ponen

en riesgo la economía de las familias y la integridad de éstas como núcleo social.

(Gutiérrez y otro 2007) en trabajo titulado Vigorexia, estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual, de la Universidad de Antioquia, Medellín, plantean como objetivo principal estudiar la adicción al ejercicio, enfocado principalmente a la vigorexia y la dismorfia muscular, exponiendo las causas, consecuencias y distintas interpretaciones que se dan del trastorno, es de carácter monográfico, y en este, concluyen que la práctica excesiva de ejercicio puede causar dependencia y probablemente distorsión de la imagen corporal, lo que hace vulnerable al individuo de padecer un trastorno de conducta a nivel personal e incide en su núcleo familiar y social de manera negativa. De igual modo afirman que la adicción al ejercicio va ligada a los trastornos alimenticios como la anorexia, la bulimia y otras tendencias más recientes, como el síndrome del gourmet, la ortorexia, la vigorexia y el complejo de Adonis que se relacionan con la imagen estereotipada promovida por la publicidad y los medios de comunicación.

Así mismo, (Puerta y otro 2013), en la investigación titulada Uso problemático del internet en una muestra de estudiantes universitarios colombianos, identifican las características sociodemográficas y tipo de uso de Internet en una muestra de universitarios colombianos y su relación con el posible uso problemático. La muestra está conformada por 595 estudiantes de la Universidad de Ibagué, en edades entre los 16 y 34 años, quienes completaron las tres secciones del cuestionario: (1) datos sociodemográficos, (2) información del uso de Internet y (3) la prueba adaptada, Internet Addiction Test -IAT. Los resultados mostraron dos grupos: uno que hacía uso controlado de Internet (88%) y otro con uso problemático (12%). Sólo un caso mostró uso adictivo. El uso problemático de Internet se mide por el número de horas dedicado a redes sociales, chat, páginas de

contenido para adultos y películas, generando interferencia en las actividades cotidianas.

Por su parte, (Cala y otros 2011), en estudio denominado Diseño de prueba para medir compra compulsiva en la población colombiana, cuyo propósito se orienta en diseñar y construir una prueba para medir compra compulsiva en población colombiana. Para su realización, se contó con la colaboración de jueces expertos (en psicometría y psicología del consumidor), con el fin de lograr la validación de concepto y de contenido. Luego de la revisión, los jueces hicieron recomendaciones y correcciones tales como: mejoras en la redacción, anulación de ítems por no ser relevantes e incoherentes con la dimensión propuesta y, finalmente, cambios estructurales en el instrumento. Como resultado se presenta una prueba de 36 ítems basados en una amplia revisión teórica en la que se trabajan tres áreas: a) de impulso, b) de gasto y c) cognoscitiva-emocional. La prueba evalúa estas tres dimensiones en varios momentos de la compra (antes, durante y después de la conducta). Finalmente, es importante anotar que el proceso del estudio psicométrico debe continuar con el fin de obtener un instrumento más válido y confiable.

2. Estudios Internacionales de carácter cualitativo o descriptivo

Uno de los más significativos es el Estudio cualitativo de la ludopatía en Navarra, de (Urdániz y otros 1999), el objetivo central de esta investigación se orienta en el conocimiento cualitativo de las modalidades de juego patológico, de sus factores y representaciones y de sus repercusiones en el entorno personal, socio familiar e institucional, así como generar un informe sobre las características cualitativas de la ludopatía en Navarra, buscando así conocer las nuevas prácticas ludópatas y las formas de juego tradicionales vinculadas a la cultura de Navarra. En el informe presentado por los autores se concluye que la prevención en temas de salud pública constituye uno de los retos importantes de los Estados occidentales en relación con la ludopatía, es de vital importancia contar con planes sociales

para los distintos problemas, afrontar de una manera integral las necesidades de colectivos y de grupos frente a este fenómeno; así mismo, los autores señalan la importancia de tener una política preventiva que permita a largo plazo menguar la presencia de esta problemática en Navarra.

De igual manera, es importante destacar dos investigaciones realizadas en Argentina, una de ellas es la realizada por (Mora 2009), titulada Cuando el juego se convierte en un problema, concepciones de prácticas de los profesionales de la salud acerca del juego, vinculado a nuevas tecnologías en adolescentes y adultos jóvenes de la ciudad de Buenos Aires, se busca conocer cuáles son las concepciones y las prácticas de los profesionales de la salud acerca del Juego Patológico y cuál es la capacidad de respuesta frente a éste. A través del análisis transversal realizado de la encuesta que se aplicó a la muestra de profesionales del equipo de salud, se concluye que existe en su percepción frente al tema una fuerte asociación del concepto Juego Problema con el de adicción, que está vinculado a la compulsión y a la falta de límites. De igual modo la opinión de la mayoría de los profesionales encuestados es que cualquier juego puede transformarse en un problema para quien juega. En este sentido, es interesante destacar que los juegos asociados a las nuevas tecnologías como los juegos en red o de consola/play station son considerados por este grupo de profesionales, tan problemáticos como los juegos de apuestas en las salas de juego (el casino, bingo o afines). Así mismo, la gran mayoría de este grupo de profesionales menciona que el uso problemático de los juegos asociados a nuevas tecnologías debe ser considerado un problema de salud pública.

La otra investigación que se resalta, es la tesis doctoral presentada por (Jurado 2013), realizada en Ciudad de Córdoba-Argentina titulada *Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la provincia de Córdoba*. El estudio fue realizado mediante un diseño ex post facto prospectivo de grupo único, con una población objeto de 15.000

alumnos de la Universidad de Córdoba. Una de las conclusiones significativas de este trabajo es que la percepción de riesgo es un factor de protección en el entorno universitario, y se considera como una variable determinante a la hora de establecer modelos preventivos para el consumo de drogas y nuevas adicciones. Dicho estudio también mostró una prevalencia alta en comportamientos valorados como adicciones sin sustancias, en especial a las compras, al juego, al móvil y al uso del internet.

(Llinares y otros 2006), realizan la investigación titulada Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras. El objetivo del estudio es conocer las diferencias en función del sexo en jugadores patológicos adictos exclusivamente a máquinas tragaperras. La muestra estudiada está compuesta por 150 sujetos (13 mujeres y 137 hombres) que durante el periodo comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2003 acudieron en demanda de tratamiento a cinco Unidades de Conductas Adictivas de la Comunidad Valenciana. Se estudiaron variables sociodemográficas, adictivas, consumo de sustancias y psicopatología. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista clínica y los cuestionarios: SOGS, STAI, BDI y CB. Los autores reportan diferencias estadísticas significativas en el modo de vida y la situación laboral de ambos sexos. En cuanto a las variables psicopatológicas las mujeres presentaron niveles de depresión más severos que los hombres, también, los autores destacan la necesidad de realizar nuevos estudios clínicos que permitan profundizar las diferencias adictivas con relación al sexo y si los trastornos del estado de ánimo son pres mórbidos o secundarios al juego patológico.

Sin embargo, no solo se encontraron estudios relacionados con el juego patológico, también hay hallazgos investigativos frente a otras dependencias comportamentales; uno de ellos es el realizado por (Cruzado 2006) intitulada Adicción a internet: perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental, Lima-Perú, tuvo como objetivo principal conocer las características clínicas y epidemiológicas

de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de “adicción a internet” en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Nogutrechí desde la apertura del servicio de hospitalización el año 2001 hasta febrero del 2006, entre los hallazgos se tiene que la edad promedio fue 18,3 años. Los rasgos de personalidad más frecuentes fueron los antisociales (40%). Tres pacientes sufrieron tuberculosis pulmonar durante su adicción. Hubo historia de disfunción familiar en 80% de los pacientes y 56,7% tuvo antecedentes psiquiátricos familiares. El 83,3% de pacientes inició el uso de internet cuando menos dos años antes del ingreso y el 50% se conectaba más de 6 horas diarias. El 90 % de pacientes se abocaba prioritariamente a los juegos en red. Los síntomas principales fueron irritabilidad (80%) y merma de rendimiento académico (76,7%). La mayor comorbilidad se halló con trastornos afectivos (56,7%). Seis (2%) presentaron ideación o intento suicida.

(Sánchez y otros 2008), presentan un estudio titulado La adicción al internet y al móvil: ¿moda o trastorno? En este, se pretende determinar, mediante una revisión de literatura científica, publicada entre 1991 y 2005, e indexada en base de datos de PsycINFO, Medline, Psycodoc, IME e ISOC, si el uso desadaptativo de las TIC se puede considerar un trastorno mental y en caso afirmativo, de qué tipo. Frente a lo cual los autores concluyen que el uso excesivo de Internet representa un trastorno mental de tipo adictivo que puede afectar sobre todo a personas con necesidades emocionales especiales y a jóvenes y adolescentes, la posibilidad de adicción se centra en el uso de aplicaciones comunicativas y sincrónicas como chats y juegos de rol en línea, porque permiten la comunicación hiperpersonal, el juego de identidades, las proyecciones y la disociación sin consecuencias en la vida real. Además, Internet podría jugar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de otras adicciones como el juego patológico y la adicción al sexo.

(Valdéz y otros 2013), realizaron un estudio titulado Prevalencia de la Vigorexia, en estudiantes universitarios de Temuco-Chile. El estudio aborda la prevalencia de Vigorexia en estudiantes que asisten al Coliseo de la Universidad Autónoma de Chile, sede Temuco, contempla un diseño no experimental, descriptivo, transversal, con un enfoque cuantitativo. La muestra fue seleccionada bajo un criterio no probabilístico, que incluyó 200 sujetos que asistían regularmente a las salas de cardiovascular y musculación. Se utilizó el instrumento denominado “Adonix complex Questionnaire”. Los resultados señalan prevalencia de Vigorexia de nivel leve en 55% de los estudiantes que asisten al Coliseo de la Universidad Autónoma de Chile, mientras 45% alcanza el nivel moderado. Por otra parte, la carrera de Pedagogía en Educación Física presenta mayor prevalencia de Vigorexia con un total de 48 casos y en referencia al género, las mujeres obtuvieron un 53.4% para la Vigorexia de nivel leve, mientras los varones lograron un 56.3% para la misma categoría.

(Tejeiro 2002), realiza un estudio que titula Adicción a los videojuegos, una revisión. Se presenta una revisión y análisis crítico sobre las investigaciones existentes sobre el tema. Entre las principales conclusiones se incluyen la falta de estudios centrados específicamente en la adicción a los videojuegos y las notables carencias de muchas de las investigaciones. Ningún estudio hace explícito el modelo de adicción del que parte, y los conceptos utilizados no suelen ser explicados adecuadamente.

II. Referentes Teóricos

2 Representaciones sociales

Aproximación al concepto de representaciones sociales.

El hablar de representaciones sociales nos evoca a pensar en un concepto difícil de delimitar, puesto que hay una gran diversidad de planteamientos frente a este y son pocas las definiciones concretas que se presentan, en la primera obra de (Moscovici 1979: 27/45), no se encuentra una definición concreta, sobre lo cual el propio autor declara “(...) si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto”.

Esto sin duda alguna es un obstáculo a la hora de estudiar este concepto, porque que toda teoría exige una clarificación conceptual que la valore como herramienta de investigación. En este sentido, (Celso 1998), afirma la necesidad de construir el objeto de investigación en Representaciones Sociales, pues no todo objeto, hecho o fenómeno social es susceptible de hacer emerger una representación social.

De manera general se puede afirmar que las representaciones sociales constituyen una formación subjetiva, multifacética y poli forma, donde fenómenos de la cultura, la ideología y la pertenencia socio estructural dejan su impronta; al mismo tiempo que elementos afectivos, cognitivos, simbólicos y valorativos participan de su construcción.

Para realizar un acercamiento al concepto se presentan los postulados de diversos autores, entre ellos, (Jodelet 1986-1989: 66), quien fiel a las ideas de Moscovici, sostiene:

Las representaciones sociales designan una forma de conocimiento específica, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan

la operación de procesos generativos y funcionales socialmente marcados; designando una forma de pensamiento social. Sus principales elaboraciones pueden resumirse en los siguientes aspectos: a) La manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, b) el acontecimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común, por oposición al pensamiento científico, c) conocimiento socialmente elaborados y compartidos, constituidos a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a partir de la tradición, la educación y la comunicación social, d) conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común o un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida, e) las representaciones sociales son producto de una actividad de apropiación de una actividad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad.

Por su parte el trabajo de (Moscovici 1970: 11/24), afirma que:

La representación social es una modalidad social del conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre individuos, es un corpus organizado de conocimiento y una de las actividades físicas por medio de las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios...son sistemas de valores nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material.

En línea con lo anterior, (Moscovici 1981: 181/209) asevera que:

Por representaciones sociales nosotros entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en nuestra vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales, en nuestra

sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son a versión contemporánea del sentido común... constructos compartidos en la interacción social y que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común.

Esta teoría es enriquecida por otros autores; entre ellos, (Jodelet 1986), quien incorpora elementos importantes a la hora de pensar las representaciones sociales, para la autora las representaciones sociales son junto a lo ya mencionado, Al respecto (Farr 1984: 3) dice:

Imágenes condensadas de un conjunto de significados, sistemas de referencia, que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver, formas de conocimiento social que permiten interpretar la realidad cotidiana, un conocimiento práctico que forja evidencias de nuestra realidad consensual.

(Perera 1999 citando a Doise 1996: 8), declara que “las representaciones sociales constituyen principios generativos de tomas de postura que están ligadas a inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y que organizan los procesos simbólicos implicados en las relaciones”.

Para efectos de esta investigación se tomará la definición presentada por (Jodelet 1986-1989), en la cual plantea las Representaciones Sociales (RS) como un conocimiento específico del sentido común, mostrando a su vez las cinco elaboraciones en las que basa la conceptualización.

Antecedentes y orígenes de las representaciones sociales.

Las representaciones sociales es un concepto que ha generado debate entre los teóricos de la psicología social y la sociología en los últimos años; lo cual ha significado que en diversos momentos se presenten espacios de discusión sobre el tema; sin embargo, cabe preguntarse, ¿cuándo, ¿cómo y dónde surge esta teoría tan discutida por unos y aplaudida por otros?

El 1961, su autor principal, Serge Moscovici, presenta su tesis doctoral "*La Psychoanalyse, son image et son public*", la noción de la representación social. El autor, estudió la manera en la que la sociedad francesa veía el psicoanálisis, mediante el análisis de la prensa y entrevistas en diferentes grupos sociales. La propuesta de Moscovici resumía años de estudio teóricos y empíricos, los cuales tenían un propósito claro: redefinir los problemas y conceptos de la psicología social; y con la teoría de las representaciones sociales el autor logra integrar en la psicología social las aportaciones de diversas disciplinas dentro de un contexto europeo y permite comprender la esencia del pensamiento social desde otra perspectiva.

Sin embargo, nombrar con exactitud los antecedentes y orígenes de esta teoría no es tarea fácil, dado que no se conocen las referencias exactas utilizadas por el autor ni las reflexiones de otros estudiosos. Aunque la lectura de varios de ellos permite crear un panorama básico. Algunas corrientes de la psicología y otras ciencias sociales son reconocidas por su vínculo estrecho con la teoría de las representaciones sociales y pese a las diferencias, hay un consenso en reconocer que la evolución de la psicología social ha transcurrido por etapas asociadas a conceptos precisos, entre los cuales encontramos, actitudes, cogniciones sociales y representaciones sociales.

El tipo de investigación pretendida por Moscovici, tiene antecedentes claros en el trabajo realizado en 1918 por William Thomas y Florian Znaniecki, sobre el Campesino Polaco, ellos, pretendían obtener una concepción más social de las actitudes al considerarlas procesos mentales que determinan la respuesta de individuos hacia fenómenos de carácter social: los valores. En esta línea también se pueden destacar los trabajos realizados la década de los años 30 por Jahoda, Lazarsfeld y Zeisel, con desempleados de una comunidad austriaca. Se encuentran coincidencias en el intento de explicar el comportamiento, no mediante mecanismos de respuesta individual, sino mediante creencias de origen social y comprendida por los grupos; estableciendo relaciones de interdependencia e interacción entre la estructura socio cultural y los aspectos mentales.

De igual modo, el aporte que realiza el sociólogo francés Emile Durkheim, es de gran relevancia puesto que propone el concepto de representación colectiva, y es este el que da pie para que Moscovici realizara su trabajo. Para (Durkheim 1898 citado en Perera 1999: 5/6) la representación colectiva es la forma en que el grupo piensa con relación a los objetos que lo afectan. De naturaleza diferente a las representaciones individuales, las considera hechos sociales de carácter simbólico, producto de la asociación de las mentes de los individuos, sostiene que,

Los hechos sociales no difieren sólo en calidad de los hechos psíquicos; tienen otro sustrato, no evolucionan en el mismo medio ni dependen de las mismas condiciones. Esto no significa que no sean también psíquicos de alguna manera, ya que todos consisten en formas de pensar o actuar. Pero los estados de la conciencia colectiva son de naturaleza distinta que los estados de conciencia individual; son representaciones de otro tipo: tienen sus leyes propias.

Al respecto, (Moscovici 1984 Citado por Perera 1999: 5/6), señala que la propuesta de Durkheim con relación a la suya era más rígida y estricta, tal como la sociedad en la cual la desarrolla, afirmando que,

En el sentido clásico, las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo, y se refiere a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito o religión, etc.), para nosotros son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y de comunicar – manera que crea la realidad y el sentido común- es para enfatizar esta distinción que utilizo el término de “social” en vez de colectivo.

Otras escuelas de pensamiento han influenciado esta teoría, entre ellas, la psicología evolutiva de Jean Piaget y sus aportes sobre los esquemas sociales operatorios y susceptibles de actuar entre objetos reales y simbólicos, los estados de inteligencia y la representación del mundo en el niño, así mismo, la obra de Freud genera impacto en la consolidación de esta teoría, en especial la obra “psicología de las masas” publicada en 1921.

Es necesario traer a colación la estrecha relación que tiene esta teoría con la sociología; Jodelet, una de las principales seguidoras de Moscovici, afirma que la teoría de las representaciones sociales se halla en una encrucijada entre la psicología y la sociología, aunque también existe un contacto con la antropología y la historia. Todas las ideas y obras citadas anteriormente dieron origen a que Moscovici pensara y trabajara en torno a las representaciones sociales, cada una de ellas brinda un aporte significativo para la constitución de lo que hoy conocemos como la teoría de las representaciones sociales. (Perera 1999:1/8).

Características y funciones de las representaciones sociales.

Giacomo (1987), señala como características específicas de las representaciones sociales comúnmente reconocidas las siguientes: 1) la relacional, 2) la social, es decir “ser compartidas por muchos individuos y como tal constituir una realidad social que puede influir en la conducta individual” (Moscovici, 1961). Las representaciones sociales son una forma

de conocimiento social, en la que lo social interviene a través de: a) el contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos, b) la comunicación que establece entre ellos, c) de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural, y d) de los códigos, valores e ideologías relacionadas con las posiciones y pertenencias sociales específicas. 3) la de referirse a una extensa gama de fenómenos que se observan y estudian con un alto grado de complejidad, individuales, colectivos, psicológicos y sociales (imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede, categorías que sirven para clarificar lo que acontece, teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. 4) la de tener procesos específicos (anclaje y objetivación) lo que les permite ejercer al igual que otros constructos representacionales como categorías. 5) el ser dinámicas, esta característica les da idiosincrasia frente a los otros constructos: su capacidad para transformar los conocimientos sociales.

El desarrollo dinámico de las representaciones sociales puede ser considerado desde dos puntos de vista: a) bajo el proceso por el cual una representación social nueva emerge, o a través del proceso por el cual una representación social existente es modificada o transformada; en ambos casos el desarrollo concierne a la estructura de las representaciones sociales siendo un concepto relevante la objetivación; y b) bajo el proceso por el que los miembros no pertenecientes a un grupo llegan a compartir las representaciones características de un grupo, aquí el desarrollo concierne a las transformaciones en la estructura representacional de los individuos. Y 6) la de ser funcionales ya que son compartidas por un mismo grupo y comunidad. (Moviñas 1994: 410/412).

En cuanto a las funciones de las representaciones sociales, se retoma la sistematización realizada por (Jean-Claude citada por Celso: 1996), quien resume cuatro funciones básicas: en primer lugar, encontramos la función de conocimiento, la cual permite comprender y explicar la realidad, las

representaciones permiten a los actores sociales adquirir e integrar nuevos conocimientos, lo que permite ser coherente y generalmente contiene esquemas cognitivos y valores. En segundo lugar está la función identitaria; las representaciones sociales hacen parte activa de la construcción de la identidad y la especificidad de los grupos, tienen también por función situar a los individuos y a los grupos en un contexto social, permitiendo así la elaboración de una identidad social. En tercer lugar, se encuentra la función de orientación; las representaciones guían los comportamientos y las prácticas sociales, la representación permite conformar un sistema de anticipación y expectativa, construyendo así, una acción sobre la realidad. Dicho de otra manera, son las representaciones quienes definen lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado.

Y en cuarto lugar, está la función justificadora, ya que es una representación la que permite a posteriori justificar un comportamiento o una toma de posición determinada, explicar una acción o una conducta asumida por los participantes de una situación. (Perera 1999: 18/20).

(Perera 1999), a las cuatro funciones nombradas anteriormente añade dos de total importancia y articulación con las cuatro anteriores, la primera es la función sustitutiva, en la cual las representaciones actúan como imágenes que sustituyen la realidad a la que se refieren, al tiempo en el que participan en la construcción de conocimiento de dicha realidad. Y la segunda función nombrada por la autora, es la icono-simbólica, esta, permite hacer presente un fenómeno, objeto o hecho de la realidad social, a través de imágenes o símbolos que sustituyen esa realidad, de tal modo actúan como una práctica teatral, recreándonos la realidad de modo simbólico.

En esta vía, (Moviñas 1994: 411) sostiene:

Las representaciones sociales son conocimientos que una sociedad tiene y que funcionan a modo de teorías de sentido común sobre

todos los aspectos de la vida y de la sociedad; para Moscovici (1984) el sentido común en nuestras sociedades está creándose continuamente, especialmente en aquello que ha popularizado las creencias y los conocimientos técnicos.

Desde esta perspectiva las representaciones sociales, cumplen tres funciones: a) posibilitar a los individuos dominar y dar sentido al mundo; b) facilitar la comunicación, las representaciones son las modalidades de pensamiento práctico, orientadas hacia la comunicación, la comprensión y la conducción del entorno social, material e ideal; y c) transformar el conocimiento específico en sentido común.

Dimensiones de las representaciones sociales.

La investigación de Moscovici (1961) busca inicialmente estudiar el proceso de penetración de una ciencia (el psicoanálisis) en la sociedad francesa de los años cincuenta. En este estudio el autor pudo distinguir dos dimensiones básicas que explican como el conocimiento se puede transformar en una representación social y como esta genera modificaciones en lo social, dichos son: la objetivación y el anclaje.

Dichos conceptos hacen referencia a la elaboración y el funcionamiento de una representación social, mostrando la interdependencia entre lo psicológico y los condicionantes sociales.

La primera dimensión planteada por el autor es la objetivación, esta hace referencia a la selección y descontextualización de elementos, formación del núcleo figurativo y la naturalización. Este proceso va desde la selección y descontextualización de los elementos, hasta formar el núcleo figurativo que se naturaliza. Es decir, lo abstracto como suma de elementos descontextualizados debe tornarse una imagen más o menos consistente en la que aspectos metafóricos ayuden a identificarla con mayor nitidez. Es la

objetivación la que permite hacer real el esquema conceptual y duplicar una imagen como una contrapartida material. El resultado de esta, en primer lugar, tiene una partida cognoscitiva: la provisión de índices y de significantes que una persona recibe, emite y toma en el ciclo de las infra comunicaciones.

El modelo figurativo o el esquema que resulta de la objetivación, cumple varias funciones, entre esas están: a) constituye un núcleo común o mediador entre la teoría científica inicial y la representación social; b) aquí se realiza el cambio de lo que en la teoría es exposición general, abstracta en indirecta de una serie de fenómenos, en una traducción inmediata y funcional de la realidad que le sirve al hombre común y corriente; c) el modelo asocia diversos elementos en un foco explicativo con una dinámica propia y suficiente, y; d) permite a la representación social convertirse en un marco cognoscitivo estable y orientar tanto las percepciones o los juicios sobre el comportamiento, como las relaciones interindividuales.

Moscovici concluye con su análisis de la objetivación apuntando hacia la realización del objeto de la representación social en sus nexos con los valores, las ideologías y los parámetros de la realidad social. La actividad discriminativa y estructurante que se va dando por medio de la objetivación, se explica precisamente por sus tintes normativos: la representación adquiere un armazón de valores.

La segunda dimensión o proceso de las representaciones sociales es el anclaje, este se articula al primero de forma natural y dinámica. Con el anclaje la representación social se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella.

Este designa la inserción de una ciencia e la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad, en otros términos, es a través del anclaje, que la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual puede disponer y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes.

Al insertarse el esquema objetivado dentro de una red de significaciones, la representación social adquiere una funcionalidad reguladora de la interacción grupal, una relación global con los demás conocimientos del universo simbólico popular. Las figuras del núcleo de la representación son teñidas de significados que permiten utilizar a la representación como un sistema interpretativo que guía la conducta colectiva. Jodelet señala que el anclaje genera conclusiones rápidas sobre la conformidad y la desviación de la nueva información con respecto al modelo existente y proporciona marcos ideológicamente constituidos para integrar la representación y sus funciones.

De manera sintética, Moscovici (1979) aclara ambos procesos, argumentado que la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y que el anclaje delimita en el del hacer; así como la objetivación presenta como elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que se contribuyen a modelar las relaciones sociales y también como se expresan. (Mora, 2002: 11/15).

Antecedentes de la investigación sobre las representaciones sociales de las enfermedades mentales.

Según Sierra, (2005),

La investigación sobre las representaciones sociales relacionadas con el fenómeno del consumo de las adicciones aún es incipiente: existen pocos estudios publicados al respecto, aunque es innegable que el interés por este tema de estudio ha ido aumentando recientemente.

En Chile, (Álvarez 1996 Pérez 2000), se han realizado dos estudios con el propósito de conocer las representaciones sociales que tenía un grupo de estudiantes sobre el consumo de drogas y alcohol. En 1998, Calafat y colaboradores desarrollaron una investigación en cinco ciudades de diferentes países europeos, con el propósito de: (a) estudiar los factores de riesgo y las circunstancias de consumo, así como las representaciones sociales sobre el éxtasis y (b) adoptar metodologías cuantitativas / cualitativas en esta línea de investigación, para adaptarlas a las realidades nacionales de los países participantes. Por otra parte, (Marcos 1997: 350) realizó un estudio de representaciones sociales sobre cuestiones relacionadas estrechamente con el alcohol con adolescentes en España.

El marco de la investigación ha encuadrado principalmente los trabajos sobre salud y enfermedad mental en el grupo de análisis de las representaciones sociales como un grupo estructurante, donde la misma es considerada como expresión de la sociedad que la genera. Que la dota de significados según el marco socio- histórico vigente y la interacción, de los grupos que se muestran interesados en la comprensión de la salud mental o bien pretenden difundir un mensaje comprensivo de la misma de acuerdo con sus intereses y necesidades.

Todos los estudios que se han realizado en principalmente en España frente a este tema, se centran en el estudio de interpretaciones compartidas y elaboradas por los grupos sociales respecto a la salud y la enfermedad, estos sistemas de creencias y opiniones son utilizados en la interacción social y mediática para clasificar y explicar las características y categorías que defienden la enfermedad mental, orientando con ellos las conductas sociales de los sujetos y el comportamiento de afrontamiento de la enfermedad, a partir de las expectativas de los grupos de referencia y al percepción que el sujeto tiene de sus dolencias (Lujan 2005: 135/137).

Entre los primeros estudios realizados sobre el tema se constató que las representaciones de la enfermedad mental están enmarcadas en tres modelos de representaciones diferentes, ligados a las creencias religiosas y al pensamiento científico, manifestándose así una representación mágica y sobrenatural, donde la enfermedad se debe a un ciclo natural e invisible. De igual manera se presenta una representación biomédica, que concibe la enfermedad mental de causas biológica e incurables, ligadas a un entorno agrícola, y por ultimo una representación psicológico-funcional, donde la enfermedad se debe a causas externas casi siempre problemáticas y estresantes, y en esta se asume como posible la recuperación del enfermo siempre y cuando el contribuya con esta.

El trabajo de (Ayestaran 1985) señala que el rol del profesional, de los técnicos y las instituciones de salud, incide de manera directa en la en la rehabilitación integral de los pacientes, y esto, está relacionado con la asunción de una representación biomédica o se carácter psicosocial. Concluyendo que las representaciones sociales afectan el curso de la evolución de la enfermedad mental.

Por tal razón se asume que las enfermedades mentales, incluyendo las adicciones, son representadas de modo diferente según la representación social de los sujetos, independientemente de la verdadera naturaleza y psicopatología de estas, así como, la existencia de diferentes conductas sociales consecuentes con dichas representaciones, capaces de redefinir el curso y la terapia de estas enfermedades.

En esta misma vía, es importante pensar en el lugar que ha tenido la psicología de la salud frente a la investigación de las representaciones sociales, esta, la podemos considerar como la disciplina científica encargada de estudiar los procesos de salud-enfermedad desde una mirada hecha a la luz de los principios que regulan el comportamiento humano. Se ha

trabajado en la búsqueda de una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognitivos (creencias), como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable y las claves posibles, para el análisis funcional de la conducta preventiva o promotora de salud. Es en este proceso, donde inciden factores socio psicológicos de diferente tipo, tales como, valores y creencias individuales y familiares, diferencias económico-sociales, situación social concreta en la que aparecen los síntomas, diferencia de sexos y edades, pero muy importantes resultan los problemas psicológicos, relacionados con la percepción de la enfermedad, como las atribuciones y los estigmas. Las llamadas representaciones sociales, se conforman a partir de las atribuciones individuales y de los grupos poblacionales, con respecto a la salud y a formas específicas de enfermedad (Iglesias, 2007, pág. 19).

Si pensamos las dependencias no químicas como una enfermedad mental contemporánea, que afecta no solo la vida del sujeto que la padece, sino que está también tiene incidencia en el entorno social en el cual se mueve el adicto, entonces podemos pensar a la luz de los estudios realizados sobre RS y Salud mental, como también en estas nuevas adicciones se construyen socialmente como enfermedades acorde a las RS que tienen los sujetos de ellas, teniendo presente que dichas representaciones en muchas ocasiones son independientes de la naturaleza patológica de la misma enfermedad, en este caso de cada adicción no química. Es por esta razón, que aunque la mayoría de las adicciones no químicas causen problemas de salud mental en las personas, no en todas estas será reconocido el mismo nivel de riesgo y por lo tanto no todas serán reconocidas socialmente como patológicas, lo cual, no indica que no lo sean.

2. Percepción de riesgo

Aproximaciones al concepto.

Las definiciones sobre el riesgo en la literatura son variadas, y no encontramos ninguna que dé un sentido unitario al concepto. El riesgo se puede entender desde el plano real y el subjetivo, y se puede valorar desde una vertiente colectiva e individual (Gil 2008). Desde el plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se explica desde una diversificación del concepto, dado que el término se sustenta en las creencias o percepciones que la persona tiene, teniendo una gran variabilidad.

El concepto de percepción se entiende y se explica desde una perspectiva subjetiva del término, unido a conceptos como creencia o actitud. Se trataría de un proceso cognitivo en el que descansa la información que cada persona tiene acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos y que se procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor del mismo (Pastor 2000).

Es válido tener en cuenta que el concepto de percepción de riesgo se ha desarrollado en la literatura científica fundamentalmente desde el marco psicosocial cognitivo, destacando el Modelo de Creencias de Salud (Hochbaum, 1958; Rosentstock, 1974), la Teoría de la Acción Razonada. (Azjen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Azjen, 1972, 1975, 2009, 2010), la Teoría de la Conducta Planeada. (Azjen, 1985, 1988, 2001, 2006, 2008), la Teoría de la Motivación Protectora. (Harris, 1996; Harris, Middleton, 1994; Prentice-Dunn, Rogers, 1975, 1983, 1985).

Basa sus postulados básicamente en lo siguiente,

El modelo de creencias de la salud se fundamenta en la predicción de los comportamientos saludables que se generan en función de una serie de creencias que las personas elaboran a partir de acontecimientos relacionados con la salud. Se centra en la decisión bajo incertidumbre,

persiguiendo la evitación o decremento de las conductas de riesgo de salud, intentando aumentar al máximo los comportamientos de protección. Para ello tendrán que interactuar diferentes elementos que conseguirán que una persona persiga un comportamiento saludable o uno de riesgo, según la cantidad de motivación por mantenerse sano y como perciba algunas creencias.

Por su parte la conformación del riesgo según la teoría de la acción razonada se enmarca en el ámbito social, dado que surge de la interacción entre el sujeto y el entorno. Esta teoría persigue la predicción del comportamiento a través de la norma subjetiva y las actitudes, medidas mediante la intención. Siguiendo este esquema se puede configurar la percepción del riesgo, incluyendo los elementos de la teoría donde el desarrollo subjetivo estaría mediado por la evaluación de las consecuencias del riesgo, las actitudes dirigidas hacia el riesgo, la percepción del riesgo de los demás y la norma subjetiva.

Así mismo, la teoría de la motivación protectora, parte de la premisa básica de que el miedo a las consecuencias mediatiza el comportamiento final de las personas, motivándolas a buscar medidas de protección. Según (Medina y otro 2004), la teoría afirma que podemos aumentar significativamente la intención de mantener una conducta de salud si conseguimos infundir el suficiente miedo en el sujeto, siempre y cuando le demos también medidas posibles y eficaces para evitar el proceso de enfermedad. Una vez que el sujeto está motivado hacia la protección, los comportamientos que lleva a cabo irán en consonancia con la evitación del riesgo. (García 2012: 142/146)

No obstante, en la literatura científica, el concepto de percepción de riesgo asociado al consumo de sustancias o adicciones no está del todo claro su conceptualización teórica, la forma o las formas en las que se puede medir o cómo se podría influir sobre ella para que estimara una barrera eficaz como factor de protección frente al consumo. La percepción de riesgo se encuentra entre los procesos cognitivos individuales de las personas,

donde a través del plano perceptivo se filtra la información y se actúa en consecuencia. Se trata de un elemento esencial en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud, como el consumo de alcohol en jóvenes o de tabaco. (Jurado 2013: 14/17).

3. Sociedad en riesgo

No es un secreto que en la contemporaneidad nos enfrentamos a una sociedad sujeta a riesgos constantes, riesgos que atraviesan no solo problemas ambientales, económicos, y políticos, sino también riesgos enmarcados en problemáticas cotidianas, como salud, salud mental, educación, proyecto de vida, entre otras; las cuales cada persona y cada familia debe resolver día a día, con las pocas herramientas que cada estado ha brindado. Es por esta razón que debemos considerar en estado de alarma nuestra la sociedad y comprender que actualmente las nuevas generaciones enfrentan una sociedad en caos y riesgo total. Teniendo presente a su vez, que una consecuencia de ese caos son las nuevas manifestaciones de las enfermedades mentales y de las adicciones, puesto que ahora los sujetos no solo “escapan” de sus problemas a través del consumo de una sustancia, sino que también lo hacen a través de prácticas aparentemente “normales” como el uso del internet, el deporte, el trabajo o el sexo, sin pensar que estas prácticas al realizarlas en exceso están constituyendo un gran problema para la persona y su entorno social más cercano.

Con base en lo anterior, se hace necesario en este estudio, comprender de forma más profunda el concepto de sociedad en riesgo:

El concepto de riesgo delimita un particular estado intermedio entre seguridad y destrucción; donde la percepción de los riesgos amenazantes determina el pensamiento y la acción.

El particular estatuto de “ya- no- mas-pero – todavía- no” (ya no más confianza/seguridad, pero todavía no destrucción/ desastre) es lo que expresa el concepto de riesgos y lo que lo hace un sistema de

referencia público. La sociología del riesgo es una ciencia de potencialidades y valoraciones sobre probabilidades, lo que (Weber 1991) llamo «Möglichkeitsurteile». Así pues, los riesgos son una forma de realidad virtual y virtualidad real. Los riesgos están tan solo al paso de lo que (Loon 1998) denomina “riesgos virtuales en la era de la reproducción cibernética” y estoy plenamente de acuerdo con su evaluación al hilo de lo que escribe “solo si pensamos en el riesgo en términos de una realidad, mejor dicho, un haciéndose- real (una virtualidad), puede ser entendida la materialización social, solo si entendemos el riesgo en términos de una construcción, podremos entender su indefinible esencia”, los riesgos no pueden ser comprendidos de sus materializaciones en mediaciones particulares, sean estas científicas, políticas, económicas o populares.

La sociología del riesgo construye un suceso tecno-social a partir de su (in)materialización. Cuando los riesgos son considerados como reales, las instituciones comerciales, políticas y científicas, y la vida cotidiana, entran en crisis. De acuerdo con esto, el concepto de riesgo considerado científicamente (riesgo= accidente x probabilidad), toma la forma de cálculo de probabilidades lo cual como sabemos nunca se deja de considerar en el peor de los casos (Beck 2000: 9/12).

Tomando como referencia lo que afirma Beck, los riesgos están estrechamente relacionados con las definiciones culturales y los estándares de la vida tolerable e intolerable. Sin embargo, los riesgos no son solo juicio de valor ni juicios facticos, sino ambos al mismo tiempo. Esto significa que los juicios sobre los riesgos son por naturaleza juicios que solo pueden ser descifrados en una relación interdisciplinar.

En la misma vía, es importante tener claro que tanto los riesgos como la percepción de los riesgos son consecuencias involuntarias de la lógica de control que impera en la modernidad. Política y sociológicamente la modernidad es un proyecto de control social y tecnológico que parte del

estado- nación. Talcott Parsons fue el primero en definir la sociedad moderna como una empresa para la construcción y el orden. En este sentido, los riesgos son productos que ponen en cuestión esta afirmación de control por el Estado-nación, no solo por la globalidad de los riesgos, sino también por las indeterminaciones e incertidumbre inherentes a la diagnosis del riesgo (Beck 2001: 13/15).

Percepción de riesgo y adicciones

Se puede considerar que la percepción de riesgo ha estado presente en todos los estudios preventivos relacionados con las drogodependencias y las adicciones en general, considerándose una de las variables de mayor impacto en la iniciación al consumo y en el mantenimiento de este. De hecho, se considera que puede llegar a ejercer influencia capital a la hora que una persona se plantee probar una nueva sustancia o empezar a realizar cualquier práctica que sea susceptible de generar adicción.

No obstante, no está clara en la literatura científica su conceptualización teórica, la forma o las formas en que puede medir o como se podría influir sobre ella para que supusiera una barrera eficaz como factor de protección en las adicciones tanto químicas como no químicas. (García 2002: 137)

Se suele asumir a priori, que la adolescencia y la juventud son periodos evolutivos donde se percibe el riesgo de una forma diferente, entendiéndose que tienen una baja percepción al peligro que acarrearía someterse a determinados comportamientos en comparación con una persona adulta que los percibiría con un alto riesgo hacia su salud. Cualquier conducta que pueda entrañar consecuencias arriesgadas, como los llamados deportes de riesgo (salto base, paracaidismo, etc.) o algunos consumos (tabaco, alcohol, u otras drogas o adicciones) estarían incluidas en este espectro.

Desde este punto de vista podríamos analizar una gran cantidad de comportamientos de nuestro estilo de vida que serían susceptibles de entrañar riesgo de la salud, en función de la intensidad o frecuencia, independiente de la percepción de riesgo de los mismos. Entre ellos se pueden incluir las conductas adictivas de carácter no químico, las cuales generan un alto riesgo para la población juvenil, puesto que al no ser consideradas como patológicas por la sociedad, los jóvenes tienden a desarrollarlas sin ningún límite de tiempo, generando por lo tanto una adicción que tendrá afectaciones en su salud tanto física como mental.

Una de las tendencias más generalizadas en el comportamiento normal de consumo es el de intentar controlar el riesgo. Está ampliamente demostrado (Cortés y otros 2011); (García y otro 2007); (Jiménez-Muro y otros 2009) (Melo y otro 2010); (Pascual 2002) que ante el consumo de sustancias se mantiene una alta sensación de control del consumo, el llamado mito del control, lo que hace que disminuya aún más la percepción de riesgo. Este mismo mito de control lo podemos pensar en las adicciones no químicas, puesto que en la medida en que la persona sienta que puede controlar su adicción al juego, al internet, etc., su nivel de percepción de riesgo frente al problema disminuirá.

En sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando. De ahí que la percepción de riesgo vaya aumentando significativamente con la edad. Aunque no siempre es tan lineal la progresión, dado que pueden intervenir otras variables que alteren el proceso normal, siendo las personas más arriesgadas pensando que el azar jugará a su favor, o manteniendo la falsa creencia de superioridad en referencia a un acontecimiento determinado, que se afrontará con la certeza de que no se corre riesgo alguno, minimizando las posibles consecuencias adversas. (García 2002:137).

A pesar de la constatación de los riesgos físicos, psicológicos y sociales del consumo de drogas y otras adicciones no tóxicas se constata una escasa conciencia del daño ocasionado en la población juvenil. Ya que la juventud es un proceso evolutivo en el cual los riesgos en general se perciben de una manera diferente y por lo tanto conductas como el consumo de sustancias se perciben menos perjudiciales que en otros periodos evolutivos, al igual que otros riesgos relativos a la edad, tales como los del orden sexual o desórdenes de alimentación, delincuencia, juegos de azar, exceso de uso del internet.

(Castillo 2012) dice que a pesar de que los jóvenes son conscientes de las posibles consecuencias negativas, tienden a experimentar con este tipo de actividades de alto riesgo, como los llamados deportes de riesgos (salto, paracaidismo, puenting, etc.), relaciones sexuales promiscuas, conducciones bajo consumo de alcohol y otras drogas. Encontrando con esto que una de las tendencias más generales es a pretender controlar el riesgo. (Jurado 2013: 14).

Existen numerosos estudios en los que se examina la relación existente entre la percepción de riesgo y la participación de actividades de alto riesgo, encontrando que la percepción es mucho menor en aquellos jóvenes que realizan actividades con mayor frecuencia, así como también se ha encontrado que el miedo a las consecuencias negativas hace que se abstengan de ejecutarlas (Mayoc 2002, citado por Jurado 2013:15.).

4. Adicciones comportamentales

Concepto de adicciones.

Toda adicción hace alusión a la pérdida del control de una persona frente a determinada conducta que puede producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia y su mayor característica es que la persona vive en torno a esta conducta.

Los elementos esenciales de una adicción son: a) Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible), b) Capacidad deteriorada para controlar la conducta (en términos de controlar el comienzo, mantenimiento o el nivel en el que la conducta ocurre), c) Malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida o dejada de hacer, d) Persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que produce graves problemas al individuo(Jurado 2013: 21).

En esta vía, (Echeburua 2009) señala que uno de los elementos más comunes y determinantes en una adicción es el síndrome de abstinencia. El cual según el DSM IV, se puede definir como el impulso intenso para realizar una conducta que trae consigo efectos perjudiciales para la persona que la ejecuta, este impulso está acompañado de una frecuente tensión, la cual se evidencia con humor depresivo, irritabilidad, deterioro de la concentración, trastornos del sueño etc., de igual manera se presenta desaparición temporal de la atención, la cual va acompañada de, una vuelta gradual del impulso con fuerza creciente, que está asociada a la presencia de estímulos internos (disforia, tensión emocional, aburrimiento, recuerdos del placer experimentado en ocasiones anteriores, etc.) o externos (el sonido de un teléfono en el caso de una adicción móvil, o la visión de un ordenador en caso de una adicción al internet).

Sin embargo, es importante destacar que la adicción química y la comportamental tienen algunas diferencias.

(Echeburua 2009) destaca tres:

- 1) Las adicciones a sustancias múltiples (tabaco, alcohol, ansiolíticos, cocaína, etc.) son relativamente habituales o frecuentes. Por el contrario, no es frecuente encontrar personas con varias adicciones psicológicas múltiples (ludopatía, hipersexualidad, adicción a internet, etc.). En algunos casos, la adicción a Internet coexiste con

un consumo abusivo de alcohol o drogas como forma de conseguir una estimulación adicional.

2) En ambos tipos de adicciones, hay una pérdida de control, pero una posible diferencia es que en las drogas con una dosis se controla el síndrome de abstinencia y en las adicciones sin sustancias, por el contrario, la persona puede pasar horas, incluso días, jugando o enganchado a la red sin que ello ponga fin a su abstinencia.

3) La motivación que presentan las personas que acuden para recibir tratamiento es mayor en el caso de las adicciones psicológicas que en el caso de las adicciones con sustancias psicoactivas, lo que ofrece una perspectiva terapéutica mejor. (En Jurado 2013: 22).

En nuestra sociedad es común asociar las adicciones con la farmacodependencia o la drogadicción, desconociendo que hay diversas conductas que también pueden llegar a generar una adicción de carácter comportamental, psicológico o no químico.

Al respecto (Echeburua 1999: 20) afirma,

En este sentido, las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias psicoactivas, como los opiáceos, nicotina o alcohol, ya que existen ciertos hábitos aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas. Cualquier conducta placentera tiende a repetirse y puede ser por ello, susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Pero es importante señalar que esto solo ocurre cuando una persona manifiesta pérdida de control, continúa realizándola a pesar de las consecuencias negativas que tiene, se muestra desasosegado si no puede llevarla a cabo de inmediato y pierde el interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes.

Lo anterior nos permite comprender como diversas conductas que generan satisfacción a la persona pueden convertirse en una adicción. En nuestra sociedad conductas como el jugar, el comprar, trabajar, tener sexo o hacer uso de los medios de comunicación y nuevas tecnologías, son socialmente aceptadas, y tiene la característica común de generar satisfacción y estados gratificantes en las personas, lo que no quiere decir que todas las personas que practican estas conductas puedan llegar a generar una adicción comportamental o no química.

Epidemiología de las adicciones comportamentales.

Las adicciones comportamentales han ido aumentando en los últimos tiempo, siendo cada vez más naturalizadas en la cultura y en la sociedad actual, lo que a su vez impide generar herramientas de prevención e intervención al respecto, ya que su poca visibilidad en lo social impide que se creen estrategias.

La adicción al juego, también conocida como juego patológico, es la que más ha recibido atención desde los años ochenta, logrando ser reconocido en DSM V como un trastorno adictivo. Cabe resaltar que este hecho implica que la comunidad científica reconoce que el juego patológico es un problema grave que puede generar dependencia, síndrome de abstinencia y tolerancia.

Diferentes estudios realizados en población española clasifican a las personas en jugadoras patológicas (con criterios de definición) y jugadores problema (aquellos que se hallan al límite o en situación de riesgo de ser jugadores patológicos). En adultos, se muestran tasas muy elevadas de prevalencias y en jóvenes se encuentran tasas muy preocupantes. En un estudio llevado a cabo con estudiantes de secundaria en Galicia un 5,6% de estudiantes de 14 a 21 años tienen problemas graves, siendo mayor la prevalencia en hombres que en mujeres (con una relación de 7:1) y donde

se observa que entre las edades de 14 a 17 años la conducta de juego es mayor (Jurado 2013).

Así mismo, en Canadá y en Norte América también se han realizado estudios en relación a las adicciones comportamentales, entre los cuales se puede destacar el realizado por Shaffer, Hall & Vander (2012) *“Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis.”* En este, se estimó que la prevalencia de los adolescentes al juego patológico el 4% más alta que en los adultos.

En cuanto a la adicciones relacionadas con la Tecnología, se han realizado estudios en países como China, Taiwán o Corea del Sur, donde los resultados muestran que la adicción a Internet en jóvenes se ha multiplicado en los últimos años, llegando a encontrar hasta un 19,8% de jóvenes, los cuales a su vez presentan mayor psicopatología y abuso de sustancias, un 13,8% de niños y un 20,3% de jóvenes en Corea (2006) y un 5,5% de adolescentes en China (2007) (Echeburua 2008). En España, se han llevado a cabo varios estudios representativos, uno en Vigo con jóvenes de 14 a 21 años para conocer la prevalencia de las distintas adicciones comportamentales (juego patológico, ir de compras, Internet, videojuegos o móvil) y los factores de riesgo y protección (familiares, comunitarios, escolares e individuales) asociados a los mismos, los resultados indican que un 0,6% de adolescentes eran evaluados como jugadores problema y un 0,4% como jugadores en riesgo. En adicciones a Internet, aparece una probable adicción en el 12,7% del total, en adicciones a videojuegos un 6,6% y en móvil un 12,1% de todos los jóvenes encuestados. Si analizamos los resultados encontrados por edades, los adolescentes con edades comprendidas entre 14-17 años presentan altas prevalencias en Internet, videojuegos, teléfono móvil (13,3%; 6,8%; 12,9%) frente a los jóvenes con edades comprendidas entre 18-21 años donde las prevalencias son menores (Internet:12%;videojuegos: 6,4%; móvil: 11,2%). Lo que

nos indica que existe un alto nivel de probable adicción en adolescentes frente a las nuevas tecnologías. En todas ellas el ocio y el tiempo libre, la disponibilidad de dinero y una sociedad facilitadora juegan un papel fundamental como factores de riesgo en cuanto a la posibilidad de convertirse en adictos a estos comportamientos (Secadas y Villa, 1998). Otro trabajo en las Islas Baleares a través de la encuesta sobre el uso problemático de internet, ludopatías y adicciones al trabajo y compras en personas mayores de 16 años, encontraron que el 17% de los usuarios habituales cumplen 4 de los 7 criterios del uso problemático, un 6% declara sufrir efectos perjudiciales por el uso indebido y de todos ellos solo un 1% declara haber pedido ayuda en las consultas de salud mental o infanto juveniles por supuesta adicción, pero si bien muchos niños y adolescentes acudían con otros trastornos relacionados, como déficit de atención con hiperactividad, ansiedad, depresión, etc. que puede aparecer como un rasgo asociado a un uso excesivo o abusivo de las nuevas tecnologías (De la Gándara y otro 2010, citado por Jurado, 2013: 22/24).

Conceptualización de adicciones comportamentales, psicológicas o no químicas.

Según (Fairburn 1998), “una adicción sin droga es aquella conducta repetitiva que resulta placentera, al menos en las primeras fases, y que genera una pérdida de control en la persona, con una interferencia grave en su vida cotidiana a nivel social, laboral y familiar” (Labrador y otro 2010 citado por Jurado 2013: 18).

La adicción comportamental implica la pérdida del control, pérdida de libertad, y en definitiva una dependencia a la realización de un determinado comportamiento. Todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos, pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos. Cualquier persona puede hablar por el móvil o

conectarse a Internet por la utilidad o el placer de la conducta en sí misma; una persona adicta, por el contrario, lo hace buscando el alivio del malestar emocional (aburrimiento, soledad, ira, nerviosismo, etc.) (Echeburua 2008 citado por Jurado 2013: 21).

Sin embargo, no se trata de asignar calificativos psicológicos a las conductas habituales que generalmente hacen los seres humanos (comprar, trabajar, hacer uso del internet, jugar, etc.), aunque es importante tener en cuenta la intensidad, la frecuencia o cantidad de tiempo y dinero invertido en estas conductas, así, como el grado de interferencia de la práctica de estas conductas en las relaciones familiares, laborales, académicas e interpersonales de la persona. El determinar estas características es clave a la hora de diferenciar una conducta habitual realizada con frecuencia de una conducta que se ha convertido en adicción.

Estas adicciones, psicológicas o comportamentales en general, no están clasificadas como un trastorno psicológico, solo La ludopatía ha sido reconocida por el actual DSM V (2014), como un trastorno con nosología propia, el cual está enmarcado en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, y estos se ubica específicamente como un trastorno no relacionado con sustancias (312.31–F63.0).

Para (Echeburua 2008) la secuencia habitual de las adicciones sin drogas es la siguiente:

- a) La conducta es placentera y recompensante para la persona.
- b) Hay un aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que la persona no está implicada en ella.
- c) La conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente.
- d) El sujeto tiende a quitar importancia al interés suscitado en él por la conducta (mecanismo psicológico de negación).

- e) Se experimenta un deseo intenso de llevar a cabo la conducta, con expectativas muy altas.
- f) La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes. Hay una justificación personal y un intento de convencimiento a los demás por medio de una distorsión acentuada de la realidad.
- g) A medida que los efectos adversos de la conducta aumentan, el adicto comienza a tomar conciencia de la realidad y realiza intentos de controlar la conducta por sí mismo.
- h) Lo que mantiene ahora la conducta no es el efecto placentero sino el alivio del malestar. Este alivio es cada vez de menor intensidad y de más corta duración.
- i) El sujeto muestra una capacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas. Las estrategias de afrontamiento se debilitan debido a la falta de uso. El comportamiento adictivo se convierte en la única vía para hacer frente al estrés.
- j) La conducta adictiva se agrava. Una crisis externa lleva al sujeto a solicitar tratamiento.

- k) Como consecuencia de todo esto, los comportamientos se vuelven emocionalmente activados y con poco control sobre el acierto o error de la decisión. El adicto sopesa los beneficios de la gratificación inmediata, pero no repara en las consecuencias negativas a largo plazo. (Citado por Jurado 2013:19/20).

Tipos de adicciones comportamentales.

Juego patológico

Se puede definir el juego como aquella actividad placentera que potencializa habilidades sociales necesarias en el desarrollo de una persona, este, no solo cumple las funciones de entretenimiento y diversión, sino que

también permite la socialización, el manejo de roles, el aprendizaje de conductas, el desarrollo de la actividad y el manejo de las emociones. El juego no es solo una actividad de los niños puesto que los adultos también suelen participar de determinados juegos, entre ellos los juegos de azar.

El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas.

Babilonios, Etruscos, egipcios, chinos, indios, precolombinos, griegos y romanos tenían distintos juegos de azar. La búsqueda de excitación y del alivio del aburrimiento, del que hacer con el ocio y el tiempo libre, ha estado en la base del juego en todos los tiempos. (Calderón y otros 2010: 13).

Sin embargo, el juego patológico o la ludopatía es la incapacidad de controlar el deseo de apostar, lo que puede generar como consecuencia la destrucción de todo el capital económico, afectivo y social de una persona, afectando por supuesto su entorno familiar, entorno en el cual se presentan las primeras dificultades con el juego y donde este empieza a ser de interés para la salud pública, la cual se incorpora para regularlo, protegiendo al ciudadano y su familia, y estudiando la distribución de los determinantes de los problemas del juego en determinada población y las medidas organizadas para prevenir, minimizar y controlar su ocurrencia y expansión. (Calderón y otros 2010: 14).

El juego de azar significa suerte, fortuna o casualidad e incluye una apuesta que implica ganar o perder psicológicamente, el juego de azar es un reto a la suerte, mediante el cual una persona proyecta sus anhelos de cambiar el futuro a su favor. Es una forma de desafiar el destino que resulta insufrible o que sirve para compensar la frustración que la vida depara (Ochoa y otro 1994 Citado por Calderón y otros 2010).

Pero para hablar de los diferentes jugadores, los estudiosos del tema han realizado diferentes perfiles de jugadores:

- a) Jugador social: juega ocasionalmente o regularmente por entretenimiento o satisfacción, en el marco de una relación social.
- b) Jugador problema: exhibe algunos síntomas de patología, juega de forma habitual, ocasionándole algunos problemas esporádicos, tanto por la forma de jugar , tanto como por el gasto del dinero, tiene menos control y se sitúa en el límite de convertirse en patológico.
- c) Jugador profesional: vive del juego y lo utiliza como medio para conseguir ganancias
- d) Jugador patológico: cumple con todos los criterios, la característica esencial es la falta de control de impulsos. (Secades y otro 1998 citado por Jurado 2013: 25.)

En este sentido, el juego patológico se caracteriza básicamente por la incapacidad para controlarse y por la fuerte alteración que tiene el jugador en las diferentes esferas de su vida, para el jugador patológico, el juego se convierte en el centro de su vida, el jugador pierde el control y es incapaz de dejar de jugar a pesar de que desee hacerlo.

El juego patológico está considerado en la literatura científica como una conducta adictiva, como una enfermedad que debe ser tratada. Actualmente este ha sido reconocido por el DSM V como un trastorno con nosología propia, el cual está enmarcado en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, específicamente está reconocido como un trastorno no relacionado con sustancias (312.31- F63.0), y aunque este es un gran avance, manuales como CIE 10 aún no reconocen la nosología de este.

Criterios diagnósticos DSM – 5 F63.0 juego patológico 312.31

Juego patológico problemático, persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta por que el individuo presenta cuatro o más de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. Reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

B- Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco. (DSM-5, 2014. Pág. 316-317).

Estos criterios diagnósticos planteados por el DSM-5 se fortalecen en el jugador a partir de diferentes distorsiones cognitivas que cumplen la función de perpetuar y mantener los pensamientos y actos relacionados con el juego, afectando la percepción de la problemática y aumentando la conducta adictiva.

Entre las distorsiones cognitivas que sobresalen en el juego patológico se encuentran: “la negación o minimización del problema; la ilusión de control, es decir, la percepción de que el juego está bajo control o depende de su habilidad; los recuerdos selectivos de las ganancias en el juego y el olvido de los momentos amargos y sufrido, y la subestimación de las pérdidas” (Ochoa y otros 1994 citado por Calderón y otros 2010: 15).

Para el CIE 10 (OMS 1992) los criterios diagnósticos son:

1. Tres o más episodios de juego sobre un periodo de al menos un año.
2. Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional personal y la interferencia con el funcionamiento personal de la vida diaria.
3. Incapacidad para controlar las urgencias a jugar, combinado con una incapacidad de parar.
4. Preocupación mental con el juego o las circunstancias que lo rodean.

También se mencionan tres criterios para realizar un diagnóstico diferencial:

- 1- Un juego social habitual
- 2- Un juego excesivo en enfermos maníacos
- 3- El juego en el trastorno disocial de la personalidad

Vistos los criterios diagnósticos para el juego patológico en la asociación de Psiquiatría Americana DSM-5, y el de la organización mundial de la salud CIE-10, puede observarse que estos son similares, Ambos manuales presentan puntos en común, dado que ambos nombran la preocupación del jugador por el juego o las circunstancias relacionadas, su fracaso al intentar parar la conducta y los consecuentes sentimientos de irritabilidad y malestar emocional. La diferencia está en que el DSM-5 reconoce el juego patológico como un trastorno con nosología propia, enmarcado en los trastornos

relacionados con sustancias y trastornos adictivos, reconocido este como un trastorno no relacionado con sustancia, y especifica más los criterios al detallar algunas de las consecuencias sociales del juego en el entorno del jugador problema. Así, mientras el CIE-10 es más sucinto.

En cuanto a las consecuencias que el juego patológico trae a la vida de una persona se puede decir, que estas se evidencian en las diferentes áreas de su vida, inicialmente a nivel personal, el jugador miente para ocultar su problema, su estado de ánimo es cada vez más oscilante, aunque él cree que es normal sentirse triste y ansioso, logrando encontrar la calma solo cuando está jugando; a nivel económico, la persona adicta al juego puede perder mucho dinero más rápidamente de lo que cuenta ganarlo, por tal razón hay un incremento significativo de préstamos y deudas, llevándolo incluso a cometer actos delictivos como robar, estafar o mentir para obtener más dinero, en cuanto al nivel laboral, el rendimiento en el trabajo disminuye, las inasistencias se hacen evidente de manera frecuente y los retrasos en el cumplimiento de sus actividades es cada vez más constante. A nivel familiar, comienzan los problemas con la pareja y los miembros de la familia, hay un descuido por las actividades de la casa, y se llega a poner en riesgo el patrimonio familiar con el objetivo de tener dinero para el juego. A nivel social se presentan dificultades para relacionarse con las demás personas, los pares y amigos cercanos suelen alejarse del jugador para evitar problemas, y por último, a nivel judicial, se pueden llegar a tener problemas con la justicia e incluso ir a la cárcel.

Fases del jugador patológico.

Han sido varios los autores que han tratado de describir las diferentes fases por las que pasa un jugador hasta convertirse en ludópata.

El desarrollo de la progresión en el juego patológico sigue un patrón uniforme, el juego suele comenzar en la adolescencia, aunque puede

hacerlo a cualquier edad, trascurriendo desde las primeras apuestas hasta la pérdida total del control un promedio de cinco años (con límites entre uno y veinte años).

Según este autor, el jugador pasa por tres etapas:

- a) Fase de ganancias: la persona juega con poca frecuencia, la suerte lo acompaña y obtiene premios. comienza a dar gran importancia a las ganancias y subestimar las pérdidas. El ganar le aumenta su optimismo y su autoestima. Esta fase puede durar varios meses o varios años.
- b) Fase de pérdidas: durante esta etapa el jugador, debido a su ansiedad y todavía con el optimismo de la fase previa de ganancias, busca cada vez obtener mayores premios, arriesga más y por tanto progresivamente va aumentando la frecuencia, la cantidad de dinero y las horas del juego, lo que incrementa las pérdidas, y, con ello, los problemas, entre ellos las deudas, pues cuando su dinero se agota el jugador tiene que acudir a otras fuentes (personas cercanas, bancos, prestamistas, etc.) entrando en un círculo vicioso que lo lleva a jugar cada vez más para tratar de recuperar lo que ha perdido y viendo en el juego la única opción para poder obtener dinero con lo cual poder pagar lo que se debe. Según Lesieur (citado por Urdaniz, 1997), una vez que la persona se ha hecho ya jugadora habitual, el factor más importante que va a posibilitar que se convierte en jugador patológico es su susceptibilidad al préstamo.
- c) Fase de desesperación: durante esta fase, el juego ocupa una parte importante de la vida de la persona, aumentando cada vez más la frecuencia y el número de horas que invierte en tal actividad. El jugador solo vive para jugar, se despreocupa totalmente de su familia, amigos y trabajo, aumenta los riesgos y se ve implicado en mayores problemas financieros y legales: cheques sin fondos, apropiación de dinero, prestamistas, etc. En esta fase el jugador además de tener graves problemas económicos, familiares, sociales y laborales, tiene

alteraciones emocionales (depresión, irritabilidad, poca tolerancia) trastornos del sueño, poco apetito, se siente psicológica y fisiológicamente agotado y desesperado, pudiendo llegar incluso a pensar en el suicidio. Muchos durante esta etapa, empiezan a considerar seriamente el dejar el juego y para ellos buscan ayuda.

Lesieur y Rosenthal (citado por Urdaniz 1997), añadieron a las fases propuestas por (Custer 1984) una cuarta fase de desesperanza y abandono, en la que a los jugadores los invade una serie de pensamientos irracionales, como la creencia que nunca podrán dejar de jugar y aun sabiendo que no van a ganar juegan hasta quedar agotados. “el pronóstico de esa fase es muy malo ya que a la conducta de juego compulsivo se une un convencimiento de que es inútil hacer nada para intentar solucionarlo”. (Urdaniz 1997). Finalmente podría hablarse de una quinta fase; la aceptación, en donde tras un periodo de tiempo que cambia acorde a la personalidad del ludópata, este se da cuenta de su existencia con relación al juego, hecho que hace en los casos más positivos, que el jugador busque ayuda para superar el problema (Calderón y otros 2010: 38/40).

Adicción a los juegos On-line y los videos juegos.

El concepto de adicción a los video juegos y a los juegos On-line producen confusión en el medio, ya que generalmente suelen asociarse a las características adictivas de los juegos de azar, sin embargo, a la fecha no ha sido posible demostrar científicamente el paralelismo entre estos. De igual manera existe una confusión entre los tipos de video juegos, ya que se considera que los juegos on-line hacen parte esencial de los videos juegos tradicionales, aunque los primeros suelen tener un público diferencial, ya que generalmente llegan a ellos, aquellas personas que se han educado en un medio altamente tecnológico y adoptan como ocio dichas conductas, por tal razón es importante reservar el diagnostico solo para aquellos casos que presenta problemas cuya magnitud requiere asistencia especializada.

Los estudios de prevalencias informan de porcentajes muy dispares, ya que no se utiliza la misma metodología ni parten de la misma definición. Algunos resultados indican que un 9% de los jóvenes dedica entre una y dos horas diarias a jugar con videojuegos durante los días laborables y un 7% más de tres horas. Algunos estudios relacionan una elevada dedicación a los videojuegos con dificultades en otros ámbitos, considerándolo como un síntoma (Echeburua 2009 citado por Jurado 2013: 27).

Pero independientemente del contenido adictivo de los juegos on-line, algunos autores argumentan que el tiempo invertido en esta actividad hace que se quite de otras importantes actividades, como conductas socializantes. El tiempo empleado ocasionalmente puede obtenerse del dedicado al estudio o a otras actividades. Pero algunos autores, refieren que entre los jugadores con un hábito consolidado ese tiempo se obtiene del que se dedicaba a no hacer nada o ver la televisión.

Por lo que podemos hacernos la pregunta ¿Cuánto tiempo es saludable jugar?, no existe un periodo de tiempo válido para todos los sujetos, sino, que este, debe variar dependiendo del tipo de juego, de si se juega solo o en compañía, de la edad, etc.

En la actualidad, la mayor parte de los autores están de acuerdo en considerar que es necesario definir criterios sólidos y contrastados de esta nueva patología para poder incluirla en clasificaciones internacionales de enfermedades (Becoña 2003). Por el momento se ha aplazado, pero esto no supone la no existencia de verdaderos casos de problemas, aunque la mayor parte suelen ser sintomáticos de otras dificultades afectivas. Los efectos adversos cuando ocurren tienden a ser relativamente benignos y se resuelven tras disminuir la frecuencia del juego (Jurado 2013: 26/27).

Adicción a internet: redes sociales, chat, etc.

El navegar en internet se define como el uso de ciertas aplicaciones tecnológicas y comunicativas, tales como: chats, juegos en línea, redes

sociales, o páginas de interés académico, entre otros. Por tal razón el internet se convierte en un instrumento de primera necesidad en la contemporaneidad, permitiendo la comunicación, el trabajo, el ocio, las compras y las ventas, etc. Pero a su vez este puede generar un cambio en la forma en la que el sujeto se sitúa en su realidad. Para (Echeburua 1999), el navegar en internet es una conducta reforzante con tendencia a crear dependencia y provee a la persona de otros reforzadores que también tienen la capacidad de generar más dependencia, como los relacionados con el sexo, el juego o las compras.

Se ha demostrado las fuertes alteraciones comportamentales relacionadas directamente con el uso excesivo del internet; los sentimientos de culpa, el deseo intenso de estar conectado, la pérdida del control, y, la pérdida del tiempo para realizar otras actividades, son algunos de los síntomas adictivos que han abierto el debate para pensar científicamente la “adicción al internet”.

Sin embargo, por lo relativamente nuevo que este fenómeno en el medio, la comunidad científica aún no tiene un consenso claro de cómo llamarlo, e incluso no se ponen de acuerdo en si este debe de ser tratado o no como una adicción. Es por esto que nos encontramos frente a una multiterminología para nombrar el mismo concepto: “desorden de adicción a internet, –Internet Addiction Disorder (IAD)” (Goldberg, 1995), “uso compulsivo de Internet” (Morahan-Martin y Schumacker, 1997), o “uso patológico de Internet – Pathological Internet Use (PIU)” (Young y Rodgers, 1998b) (Echeburua 2008; Viñas 2009; Madrid 2000).

De igual modo, es impórtate señalar que esta llamada “adicción al internet” aún no hace presencia en ningún manual diagnóstico de carácter científico como el DSM V, o en el CIE 10, ni en la clasificación internacional de enfermedades (OMS).

En relación con lo anterior se puede considerar que la conducta on-line se caracteriza por la desinhibición, la pérdida de pudor y la ausencia de miedo a expresarse de forma libre, lo que proporciona al joven un sentimiento de protección y de libertad. Las conductas generan un contexto seguro de actuación, llevado al extremo, incluso la creación de personalidades virtuales dependientes del estado de ánimo.

La mayoría de los estudios sostienen que una determinada aplicación puede actuar como desencadenante del uso excesivo de Internet. Young (1999), describe cuatro subtipos de abuso a la red: relaciones a través de chats y sistemas de mensajería instantánea, juego, sobrecarga de información y adicción cibersexual (Echeburua, et al., 2009, citado por Jurado 2013).

(Echeburua 2008) plantea las modalidades de la adicción al internet, las cuales se sintetizan en la siguiente tabla;

Tabla 1. *Modalidades de adicción al internet*

Modalidades de adicción al internet		
Modalidad	Aplicación	Contenidos
<i>Ciber sexual Relaciones por internet</i>	Páginas webs para adultos de Grupos discusión, emails.	Pornográficos o sexuales. Comunicación interactiva con otros usuarios.
<i>Juegos interactivos</i>	Páginas webs en la mayoría de los casos comerciales	Juegos de azar, juegos on-line, comercio electrónico, subastas.
Buscadores vagabundos electrónicos. Sobre carga de información	y Robots búsqueda	Navegar por la red sin objeto específico, y buscar información sobre temas de interés.

Fuente: Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancia en los jóvenes de la provincia de Córdoba (Echeburua 2009 citado por Jurado 2013: 31)

La adicción a internet comienza de una forma gradual. Aparecen algunos signos iniciales de alerta como comprobación reiterada e irrefrenable del correo electrónico, inversión injustificada de tiempo y dinero en servicios “on line”. La red se utiliza como una forma de satisfacción inmediata, aparecen alteraciones del humor, ansiedad e impaciencia, estado de conciencia alterado (focalización atencional), irritabilidad en caso de interrupción, incapacidad para salirse de la red, etc.

Entonces la persona empieza a aumentar su dependencia hasta aislarse del entorno y no prestar atención a otros aspectos de las obligaciones académicas o sociales (Echeburua 2008 citado por Jurado 2013: 30/31).

Entre los signos y síntomas más frecuentes de la adicción al internet encontramos: el privarse del sueño para invertir más tiempo en la red, el descuido de otras actividades importantes como el tiempo con la familia, amigos, pareja, así como, las responsabilidades laborales e incluso la propia salud, por pasar más tiempo en la red; recibir quejas en relación con el uso excesivo de la red de parte de alguien cercano, como la pareja, familia o el jefe; pensar en la red constantemente, incluso cuando no se está conectado en ella; y, intentar limitar el tiempo que pasa en internet sin poder conseguirlo, en muchos casos la persona suele engañarse creyendo que paso unos minutos más en la red cuando en realidad fueron horas.

De igual manera,

Los síntomas experimentados en esta adicción, son similares a los de la adicción al juego: pérdida de control, ansiedad, insomnio, irritabilidad, inestabilidad emocional y dificultades serias de comunicación con personas de su entorno, aparecen síntomas de tolerancia, de abstinencia y de *craving* (ansiedad), pero no se suele caracterizar por la adopción de conductas autodestructivas como es el caso de las

adicciones con sustancias psicoactivas (Echeburua 2008 citado por Jurado 2013: 32).

Adicción al trabajo.

Se define la adicción al trabajo “workaholism” como una necesidad excesiva e incontrolable de trabajar incesantemente, afectando la salud física, psíquica y las relaciones personales de la persona (Oates 1971 citado por Castaño 2011).

(Cherrington 1980), relaciona la adicción al trabajo con la implicación irracional al trabajo excesivo y la incapacidad de encontrar otra fuente de ocupación que le atraiga. Es importante resaltar que, para esa época, comienzos de la década de los ochentas, muchos autores consideraban que el término: adicción al trabajo, era sinónimo de excesivo número de horas laboradas. Por su parte, (Killinger 1990), afirma que la persona adicta al trabajo va perdiendo su estabilidad emocional y se convierte en adicto al control y al poder, en un intento compulsivo por lograr aprobación y éxito. Incluye en su definición esta autora, aspectos muy importantes como son la alteración emocional de la persona, la característica compulsiva del trabajo y, muy importante, los objetivos que busca el laboradicto, como son alcanzar figuración y éxito en su empresa.

Otros autores como (Spence y Robbins 1992) contribuyen a las construcciones anteriores, resaltando la poca capacidad que tiene el laboradicto para disfrutar de lo que hace, convirtiendo así, el trabajo en la razón de su existencia. Y posteriormente (Robinson 1997) pasa a definir el laboradicto como la persona “que es incapaz de regular sus hábitos laborales”.

Sin embargo, fueron, (Moreno y otro 2005: 11) quienes recopilaron todos los conceptos anteriormente nombrados y construyeron una de las definiciones más completas frente la adicción al trabajo, sostienen que,

Cuando el número de horas trabajadas aumenta considerablemente y absorbe toda la capacidad de dedicación obsesiva y compulsiva, cuando la persona parece definirse exclusivamente por su relación al trabajo y se manifiesta incapaz de disfrutar con otro ambiente de la vida, se puede hablar de adicto al trabajo.

(Echeburua 1999: 54-55) afirma,

La adicción al trabajo se caracteriza por una implicación progresiva, excesiva y desadaptativa en la actividad laboral, con una pérdida del control respecto a los límites del trabajo y una interferencia negativa en la vida cotidiana (relaciones familiares y sociales, tiempo de ocio, estado de salud etc.). Al margen de las percepciones distorsionadas del sujeto, la sobre implicación laboral responde al ansia o necesidad de la persona, más que a las necesidades objetivas en el tiempo laboral. Lo que distingue a un adicto es más la actitud frente a la tarea que el número de horas dedicadas. Todo ello viene acompañado frecuentemente de ideas sobrevaloradas acerca del dinero, del éxito o del poder.

Entre los instrumentos diagnósticos para identificar este tipo de dependencia se encuentran:

- Work Addiction Risk Test (WART), creado por Bryan Robinson en 1999. Es un cuestionario de autoinforme compuesto por 25 ítems puntuables en una escala Likert que oscila entre 1 y 5 puntos. Intenta diferenciar a los trabajadores en grupos de: (1) no adictos (aquellos que obtengan una puntuación pseudo-adictos (entre 57-66) y (3) adictos (entre 67-125). El cuestionario está compuesto por 5 sub escalas o dimensiones: (1)

Tendencias Compulsivas, (2) Control, (3) Auto absorción, (4) Incapacidad para delegar y (5) Autovaloración.

- Workaholism Battery (WORKBAT), fue creado por Spence y Robbins en 1992. Es un cuestionario compuesto por 25 ítems puntuables en una escala Likert con 5 puntos de anclaje. Comprende tres subescalas: (1) Impulsividad (D), (2) Satisfacción en el trabajo (E) y (3) Implicación en el trabajo (WI). El cuestionario permite distinguir entre el adicto al trabajo, el trabajador entusiasta u otros tipos de perfiles relacionados con el trabajo. Es un cuestionario muy utilizado y validado en diferentes países (excepto en Japón, en donde los resultados son totalmente diferentes).
- Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality Workaholism Scale (SNAP-Work), desarrollado por Clark en 1993. Es un instrumento de medida Compuesto por 18 ítems de verdadero o falso, y asume un grado de solapamiento con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. No se utiliza mucho y existen pocos estudios de validación.
- The Dutch Work Addiction Scale (DUWAS) elaborado por Schaufeli y colaboradores (Taris et al., 2005). Consta de 20 ítems que representan dos dimensiones de la adicción al trabajo: (1) trabajo excesivo (9 ítems) y (2) compulsión por trabajar (7 ítems). Está basada en dos escalas: el WART de Robinson (1999) y el WORKBAT de Spence y Robbins (1992). Se puede hallar más información en www.schaufeli.com. Tiene propiedades psicométricas prometedoras y está basado en una definición clara de adicción al trabajo, aunque es necesaria una mayor investigación sobre su validación. (Castaño 2011: 12/13).

Para (Castaño 2011: 13), los problemas ocasionados por la adicción al trabajo se pueden dar en todos los niveles. En el fisiológico, hay estrés y cansancio crónico, trastornos sexuales, insomnio y trastornos psicosomáticos, como las molestias gastrointestinales o la hipertensión arterial. En el nivel cognitivo emocional, puede manifestarse con ansiedad, depresión, problemas y necesidad de control, carencia o pérdida del sentido del humor, rigidez de pensamiento, miedo al fracaso, perfeccionismo, intolerancia, impaciencia e irritabilidad, pérdidas parciales de memoria, baja

autoestima, necesidad de logro. A nivel comportamental, la adicción al trabajo se refleja principalmente en disminución del rendimiento laboral, debido al cansancio tanto físico como emocional, desarrollo de otras conductas adictivas, ya sea al alcohol, el sexo, el consumo de fármacos y otras drogas. Se puede manifestar también con conductas como prisa constante y obsesión por hacer, urgencia de tiempo, necesidad de hacer varias tareas simultáneamente, dificultad para delegar tareas, dificultad para relajarse, mayor incapacidad para solucionar problemas de forma efectiva, desinterés por las relaciones interpersonales consideradas por el sujeto como “no productivas”, aislamiento social y deterioro del núcleo familiar.

Adicción a al sexo.

La sexualidad es una dimensión de la persona que impregna la vida cotidiana y que habitualmente está asociada al amor y a la ternura. En caso de la adicción al sexo se convierte en una obsesión para la persona de la que le resulta difícil desprenderse y que compromete seriamente el funcionamiento cotidiano. Hay personas sanas que la motivación sexual es muy baja, y otras en cambio en que es muy alta. Sin embargo, la adicción al sexo, a diferencia de la sexualidad alta, se caracteriza por que el objetivo de persona es más la reducción del malestar que la obtención de un placer. El sexo se convierte en un remedio para reducir la ansiedad y la actividad sexual se transforma en algo morboso y obsesivo... la adicción al sexo puede revestir diversas formas: masturbación compulsiva, búsqueda ansiosa de relaciones sucesivas con múltiples amantes, frecuentación habitual a prostíbulos, consumo obsesivo de teléfonos eróticos, llamadas telefónicas obscenas o recursos irrefrenables a páginas de internet dedicadas al sexo en donde se intenta satisfacer fantasías sexuales de toda índole (Echeburua 1999: 35).

Adicción a las compras.

En una sociedad como la actual, donde “se es” en la medida en que “se tiene” las conductas compulsivas en relación a las compras ha aumentado considerablemente, ya que consumir y comprar puede significar sentirse mejor e incluso sentirse por encima de los demás. Y aunque el comprar ha sido por mucho tiempo una actividad rutinaria en nuestra vida, puede llegar a convertirse en una adicción si se realiza de manera compulsiva para otros fines que no sean una necesidad.

(Jurado 2013: 28), dice que “estas personas que muestran este tipo de comportamientos se muestran incapaces de controlar sus vidas, produciendo consecuencias graves, ya que suelen consumir cosas no planificadas que exceden normalmente la capacidad económica”.

El consumo excesivo puede generar una patología a diferentes niveles:

- Las personas a las que ir de compras se han convertido en el eje de sus vidas
- Las que tienen una necesidad constante de adquirir cosas nuevas, en la mayoría innecesarias
- Las personas “enganchadas” al crédito, incapaces de vivir con su presupuesto

Los principales rasgos de esta conducta anómala son que se compra por comprar, que son excesivas las compras, que los objetos son innecesarios y que el sujeto es consciente de ello, pero no puede frenar su impulso, si pasa por ejemplo, por la puerta de un centro comercial y no entra, sufre un síndrome de abstinencia, un estado de nerviosismo que solo se calma cuando entra a comprar (Echeburua 2008 citado por Jurado 2013: 28).

Algunos estudios señalan que entre el 1% y el 5 % de la población presentan estas conductas, siendo la proporción de 4 a 1 entre mujeres y hombres, relación que se puede explicar por la mayor presencia de

sentimientos de soledad y baja autoestima de las mujeres (Echeburua 2008 citado por Jurado 2013: 29).

Para Jurado (2013: 28) El ciclo habitual de la conducta adictiva es el siguiente:

- Estado de ánimo disfórico: tristeza, ira, nerviosismo
- Excitación ante las expectativas de compra
- Adquisición placentera de objetos
- Arrepentimiento y auto-reproches por el dinero gastado y por la pérdida de control
- Repetición del ciclo para superar el malestar

Vigorexia.

La dependencia del ejercicio físico o vigorexia, refleja un impulso irreprimible de hacer actividades físicas, con base al deseo de controlar la línea y el peso, la necesidad de contacto social y la búsqueda de la salud. Autores como Davis y Fox (1993), Cockerill, Riddington (1993), Adams y Kirkby (1998), Davis, et al. (1999), han realizado investigaciones sobre este problema en países como Canadá, Inglaterra y EE.UU, tratando de definir sus características. Sin embargo, estos intentos por tratar de describir la dependencia al ejercicio se han quedado sin resolver (Davis 2000).

Entre las características de las personas con vigorexia se destacan.

1. Son personas que hacen mucho ejercicio físico, con el objetivo declarado de alcanzar una determinada masa muscular mayor que la que poseen.
2. La cantidad de tiempo que dedican al ejercicio (hacerlo o pensar en hacerlo) entorpece su adaptación social, laboral, académica e incluso familiar y de pareja. (De la Serna, 2004. Citado por Castaño 2011)

3. Los afectados presentan una alteración de la imagen corporal, por lo que se creen más débiles y delgados de lo que son (Baile, 2005, Pope et al, 1993).
4. La mayoría son hombres de edades entre los 18 y los 25 años.
5. Con una frecuencia mayor que en la población general, aparecen otras conductas desadaptativas, como una alimentación inadecuada o consumo de fármacos peligrosos para la salud (esteroides anabolizantes).

Según (Rojas 2005) los siguientes son los parámetros a tener en cuenta para el diagnóstico de la Vigorexia y Dismorfia Muscular:

A) Preocupación excesiva y falta de músculo del propio cuerpo: el sujeto se dedica a pensar en ello más de una hora diaria.

B) Dependencia del ejercicio físico:

- Insistencia de practicar deporte diariamente entre tres y cuatro horas y media
- Síndrome de abstinencia con cuadro de irritabilidad, ansiedad y depresión si se imposibilita el ejercicio.
- Se mantiene el ejercicio físico a pesar de estar contraindicado por motivos sociales o médicos

C) Excesiva atención a la dieta, dirigida al desarrollo muscular:

- Reducir al mínimo el consumo de grasas
- Incrementar la cantidad de glúcidos para que sirvan como fuente de energía, así como proteína para ganar músculos
- Suplementos proteicos compuestos fundamentalmente por proteínas extraídas del suero de la leche o del huevo en forma de polvo, barritas o batidos
- Uso de complejos vitamínicos a veces acompañados con minerales y electrolitos para minimizar su déficit por una dieta inadecuada.
- Consumo de gran cantidad de agua, diuréticos y cafeína

C) Aceptación del sufrimiento y del daño físico como camino para conseguir el desarrollo muscular (Castaño 2011: 11/12).

Dependencias emocionales.

Para (Castello 2000), la dependencia emocional se define como un patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intentan cubrir de manera desadaptativa con otras personas.

Existen dos tipos de dependencia, la instrumental y la emocional. La primera se caracteriza por falta de autonomía en la vida cotidiana, inseguridad, carencia de iniciativa, búsqueda de apoyo social, indefensión, dificultad para tomar decisiones y para asumir responsabilidades y desenvolverse con eficacia. La emocional, se caracteriza por excesivas demandas afectivas, relaciones interpersonales estrechas y relaciones de pareja desequilibradas, donde prevalece la sumisión y la idealización de la pareja con baja autoestima e imperiosa necesidad del otro, que lleva a comportamientos excesivos de aferramiento y mucho temor a la soledad (Castelló, 2000, 2002, 2005 Citado por Castaño 2011)

Tratamiento de las adicciones comportamentales.

Según lo planteado por (Echeburua y otros 2010) Ni todas las dependencias psicológicas son similares ni tampoco lo son las personas que la padecen. Existen, sin embargo, ciertos aspectos comunes en su tratamiento. Una característica presente en los trastornos adictivos es la negación de la dependencia. La conducta adictiva se mantiene por el refuerzo que produce la conducta, el cual en un inicio es mayor que los problemas que esta ocasiona. Siguiendo a (Prochaska y otro 1992: 94), el sujeto con problemas de adicciones solo busca tratamiento cuando se percata, en primer lugar, de que tiene un problema real; en segundo lugar, de que los inconvenientes de seguir con la conducta son mayores que las

ventajas de dar un cambio a su vida; y, en tercer lugar, de que por sí solo no puede lograr ese cambio. El terapeuta debe, entonces, ayudar al sujeto a identificar sus estadios de cambio, a que pase del estado de contemplación al acto y a descubrirle las soluciones a su alcance.

Logrado este primer objetivo, en algunas de las dependencias comportamentales la propuesta es la abstinencia total, como es el caso de la ludopatía, cuya viabilidad de esta propuesta ya ha sido probada (Echeburúa 2001). Igual puede pasar con la adicción a los videojuegos, a la pornografía y a las compras. Sin embargo, en la adicción a Internet o las redes sociales, al trabajo (Workolism), al ejercicio físico en gimnasios, al sexo, la meta de la abstinencia resulta implanteable. Se trata de conductas descontroladas, pero que resultan necesarias en la vida cotidiana. El objetivo terapéutico debe centrarse, por tanto, en el reaprendizaje del control de la conducta. (Echuburrúa 2010: 95).

Para el caso de la ludopatía, los videojuegos y la pornografía, la propuesta terapéutica que se persigue la abstinencia total y las terapias a aplicar, aunque guardando las características particulares de estas adicciones, son muy similares a las terapias cognitivas- conductuales utilizadas en el tratamiento de las drogodependencias.

En el caso de las demás, en una primera fase se busca que la persona aprenda respuestas de afrontamiento adecuadas ante las situaciones de riesgo (control de estímulos) y permanezca en abstinencia durante por lo menos uno o dos meses; y en una segunda fase, se hace exposición programada a las situaciones de riesgo (exposición a los estímulos y situaciones relacionados con la conducta adictiva).

Un ejemplo de esta propuesta es presentada por (Echuburrúa y otro 2010: 14), para el tratamiento de adictos a internet, quien sugiere para la segunda etapa que el adicto:

Inicialmente bajo el control de otra persona y después a solas, conectarse a la red, estar un tiempo limitado (1 hora, por ejemplo) y llevar a cabo actividades predeterminadas (atender el correo sólo una vez al día a una hora concreta, navegar por unas páginas fijadas de antemano o entrar en una red social), sin quitar horas al sueño y eliminando los pensamientos referidos a la red cuando no se está conectado a ella.

Sugieren también estos autores que, “una vez reasumido el control de la conducta, se trabaje sobre prevención de recaídas, lo que implica identificar las situaciones de riesgo, aprender respuestas adecuadas para su afrontamiento y modificar las distorsiones cognitivas sobre la capacidad de control del sujeto”. Recomiendan también actuar sobre los problemas específicos de la persona, planificar el tiempo libre e introducir cambios en el estilo de vida.

Finalmente es necesario afirmar que con excepción de la ludopatía, sobre la cual ya se han logrado desarrollos académicos importantes y ya existe evidencia científica que respalda los programas de prevención y tratamiento, los problemas respecto a las demás adicciones psicológicas distan de estar resueltos en la actualidad, siendo necesaria una mayor investigación (Castaño 2011: 14/16).

Prevención de las adicciones comportamentales.

El realizar prevención en las adicciones no químicas suele ser más difícil que prevenir las drogodependencias, puesto que todas estas dependencias son conductas cotidianas, por lo tanto no se le puede pedir a una persona que no haga uso del internet, no trabaje, o no haga deporte. Es por esto que

el pensar en prevenir estas adicciones requiere pensar nuevas estrategias que permitan sensibilizar a los sujetos sobre la importancia de establecer límites en sus conductas, logrando que comprendan que tanto la intervención como en la prevención no consiste en el cese radical de las conductas, sino en la práctica adecuada de estas.

La Universidad de Barcelona (2013), afirma que el aumento de estas adicciones nos lleva a pensar en una prevención temprana, es decir una prevención que debe iniciar desde la infancia y la adolescencia de las nuevas generaciones, la cual busca evitar el mal uso de las nuevas tecnologías, abordado a su vez los diversos factores de riesgo que enfrentan los niños y los adolescentes, logrando así, evitar el desencadenamiento de conductas adictivas de carácter no químico tales como adicción al internet, video juegos en línea o redes sociales.

En cuanto a las recomendaciones que se dan para prevenir este tipo de adicciones desde la edad temprana, Cortes (2008) (citado por Echeburua, 2010), resalta la importancia de fomentar relaciones sanas con otras personas, potenciar aficiones a la lectura, el cine y otras actividades culturales y artísticas, estimular prácticas deportivas controladas, fomentar acciones grupales como voluntariados, y, estimular el dialogo y las relaciones familiares.

Otro de los factores a tener en cuenta para la prevención de estas adicciones es la percepción de riesgo que tengan las poblaciones al respecto, puesto que cada plan de prevención debe establecerse en relación a la percepción de riesgo que tenga la población a la cual va enfocada, esto sin duda alguna garantizara la eficacia de los programas preventivos.

5. Salud pública y adicciones

Salud pública de las drogodependencias en las Américas.

Algunas sustancias adictivas en las Américas se han producido y consumido desde tiempos inmemoriales. La hoja del tabaco y la de coca son clásicos ejemplos de ello. Sin embargo, hasta épocas recientes su consumo nunca tuvo repercusiones de salud pública especialmente serias. Hoy en día, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas está ligado a cerca de una cuarta parte de las defunciones anuales que se producen en esta región del mundo.

Por su parte, el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en las Américas y en el mundo. Más de un millón de personas mueren por consumir tabaco cada año en las Américas, de los cuales 46% son mujeres...La adicción al tabaco empieza generalmente en la adolescencia. En la mayoría de los países de las Américas, más del 70% de los fumadores comenzaron a fumar antes de los 18 años. De hecho, una proporción importante de jóvenes fuma antes de cumplir los 18 años.

Así mismo, el consumo per cápita de alcohol entre la población de 15 y más años da una idea de la magnitud de los problemas ocasionados por el consumo crónico de bebidas alcohólicas, como la cirrosis hepática. Estos bebedores habituales suelen constituir una proporción relativamente baja (alrededor de 10%) de todos los bebedores pero consumen la mitad del alcohol disponible...El alcohol ocasiona una pesada carga de enfermedad en las Américas. América Latina es la segunda región del mundo con mayor carga de enfermedad atribuible al alcohol después de los países más desarrollados del mundo, entre los que se incluye dos países de las Américas: Canadá y los EEUU... para la prevención de esta problemática las américas tienen que enfrentar grandes desafíos; el primer desafío es reducir el consumo de bebidas de producción no controlada de manera que se garantice la salubridad de sus contenidos. El segundo es reducir la asequibilidad de estas bebidas.

En este sentido, el precio de las bebidas alcohólicas legales determina la proporción de personas que las consumen. Los jóvenes son más sensibles a las subidas de precios que los adultos. La gran mayoría de los estudios sobre el tema indican que el aumento del precio de las bebidas alcohólicas mediante el incremento de los impuestos sobre su venta disminuye la proporción de jóvenes que las consuman. El tercer desafío es evitar la promoción de las bebidas alcohólicas. Los jóvenes de las Américas viven a diario una presión continuada y agresiva para iniciar el consumo de alcohol a edades tempranas y de forma excesiva, esta presión se ejerce a través de los medios de propaganda tradicionales, pero sobre todo mediante el patrocinio de espectáculos deportivos y culturales, así como de otras técnicas promocionales cuyo último objetivo es las bebidas alcohólicas formen parte integral de la vida y hábitos de los jóvenes.

En la misma vía el consumo de drogas ha aumentado de manera notoria en los últimos tiempos, La demanda de drogas ha sido estimulada por la proximidad a los centros de producción y sirve, e muchos casos, para mantener mercados locales de consumo que financian las infraestructuras del contrabando con destino a mercados mayores. Aunque no hay suficiente información, se tiene la impresión de que el consumo está incrementándose, especialmente de sustancias sintéticas.

La marihuana es la droga ilegal de mayor consumo en el mundo y en las Américas. Se estima que existen alrededor de 45 millones de consumidores en las Américas.

Sin embargo, para enfrentar este problema, doce países de América Latina tienen Planes Nacionales de Control de Drogas. Estos planes hacen énfasis en el control de la oferta mediante la destrucción de los cultivos, la acción policial sobre el tráfico y la criminalización del consumo. Los resultados hasta ahora de este enfoque han sido limitados. Es necesario hacer hincapié en el control de la demanda, mediante intervenciones de prevención, desintoxicación, tratamiento y rehabilitación, así como de reducción de daño. Para muchos adictos,

el tratamiento y la reinserción son las únicas opciones que tienen para salir de la espiral de marginación, violencia y pobreza. Esta es una contribución fundamental del sector salud (Peruga y otros 2002: 231).

Las cifras presentadas anteriormente ofrecen una idea del alcance del problema, pero no dan un panorama completo sobre el impacto que tiene sobre la salud y la sociedad. Desde la perspectiva de la salud, el uso del alcohol y otras drogas constituye factores de riesgo importantes para la salud, lo cual se refleja principalmente en días vividos sin salud, pero también y de manera creciente, en la mortalidad. El consumo de sustancias aumenta los costos de atención a la salud debido a que aumenta el riesgo de muchas condiciones, lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes y violencia), enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras) así como de desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia⁶⁹. La comorbilidad, es decir, la presencia de más de una enfermedad o trastorno es de especial relevancia, debido a que es muy frecuente que las personas con adicción padezcan algún otro trastorno psiquiátrico. En la década de los noventa, un estudio encontró que en una muestra comunitaria de los Estados Unidos, un tercio de los pacientes con algún trastorno psiquiátrico (sin considerar aquellos incluidos en los trastornos por uso de sustancias) sufrían también algún trastorno asociado a sustancias psicoactivas: 22% por alcohol y 15% por otras sustancias. Por otro lado, viendo la comorbilidad desde la perspectiva de aquellas personas con trastornos por sustancias, 37% de los sujetos con dependencia o abuso de alcohol había experimentado otra enfermedad psiquiátrica, mientras que en los sujetos con trastorno por drogas la cifra ascendía al 50%. Los resultados de diversos estudios indican que los trastornos por uso de sustancias psicoactivas incrementan en forma importante el riesgo de que el sujeto tenga alguna conducta suicida.

El impacto sobre la salud puede ser evaluado a través de diferentes indicadores, tales como la mortalidad y la discapacidad, que se pueden

evaluar en forma separada o conjunta. La evaluación combinada se conoce como “carga de enfermedad”.

Carga global de enfermedad.

Una herramienta útil para analizar las consecuencias del consumo de sustancias es un indicador de la OMS denominado carga global de enfermedad (Global Burden of Disease, GBD), que evalúa el impacto de las enfermedades, lesiones y otros factores de riesgo con base en la mortalidad prematura y días vividos sin salud. De la lista total de ochenta y ocho condiciones, a nivel mundial los trastornos por uso de alcohol y otras drogas ocupan el 35º y 31º lugares, respectivamente. Esto implica que las drogas ilícitas contribuyen con el 0,8% y el alcohol con el 0,7% de la carga mundial de mortalidad y discapacidad. Todas las regiones de América ocupan lugares por encima de la media mundial de la carga de enfermedad, tanto para drogas ilícitas como para alcohol. Destacan los Estados Unidos y Canadá, con el 11º lugar en el caso de drogas ilícitas y 19º en el caso de alcohol. En los países de la región sur de América Latina (Chile, Argentina y Uruguay), las drogas ilícitas y el alcohol ocupan el 18º y 19º lugares, respectivamente, y en la región tropical (Brasil y Paraguay), el 22º y 17º lugares, respectivamente⁷³. El consumo de alcohol y otras drogas son factores de riesgo importantes entre sesenta enfermedades y lesiones derivadas de accidentes y violencia. En el Hemisferio, el uso de drogas ocupa el 19º lugar entre cuarenta y tres factores de riesgo analizados, aunque constituye un mayor factor en los países de América del Norte con alto ingreso (10º lugar), la región Andina (11º) y las regiones sur y tropical de América Latina (13º).

Mortalidad

De acuerdo con la estimación más reciente del estudio GBD, en 2010, a nivel mundial se atribuyeron 1.111.000 muertes al abuso de alcohol, lo que corresponde al 0,21% del total de las muertes. Esta cifra aumentó un 48,9% respecto de 1990. En el mundo, la mortalidad por trastornos de abuso de

alcohol ocupa el 55º lugar de 106 causas de muerte. En gran parte del hemisferio occidental, el alcohol es un factor importante: en América Latina tropical, se encuentra en el 25º lugar; en América Central, en el 29º, en América del Sur, en el 41º y en los países de altos ingresos de América del Norte, en el 32º. En la mencionada lista de 106 causas de muerte, a nivel mundial los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas ocupan el 58º lugar, pero al observar al interior del hemisferio, encontramos variaciones: en los Estados Unidos y Canadá ocupan el 15º, destacándose como una causa de muerte más importante. En la región andina ocupan el 40º lugar y en América Latina central, el 52º lugar, lo que es más parecido con el panorama mundial. El informe GBD indica que a nivel mundial en 2010 un total de 776.000 muertes estuvieron asociadas al abuso de drogas ilegales, lo cual representa un aumento del 191,7% en comparación con 1990.

Por su parte, los opioides son responsables de poco más de la mitad de las muertes asociadas con drogas ilícitas (55,4%) y la mortalidad asociada con esta causa aumentó el 385% entre 1990 y 2010, lo que refleja el incremento en el abuso de fármacos opioides. La contribución de la cocaína a la mortalidad general es marginal (0,6%) y ha disminuido desde 1990.

La mortalidad por cannabis no fue reportada de manera independiente. El grupo involucrado en el análisis de la contribución de las drogas ilegales a la carga global de enfermedad llegó a la conclusión de que no existía evidencia suficiente, por el bajo número de estudios realizados, para definir si la muerte por todas las causas entre los usuarios de cannabis era elevada. Señalan que los estudios de casos y controles realizados sugerían que algunas causas podían ser elevadas, principalmente la mortalidad por accidentes de vehículos de motor, y posiblemente cánceres respiratorios y del cerebro. De igual manera, la evidencia es aún poco clara con respecto a su contribución a la tasa de suicidios.

Discapacidad.

Otra publicación basada en el GBD77 estimó el impacto de 1.160 secuelas de 289 enfermedades y lesiones, durante el período 1990- 2012, en los días vividos con discapacidad y encontró que en 2010, los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas (sin incluir alcohol y tabaco) contribuyeron con 16.412.000 de años saludables perdidos durante este período. En las Américas, los trastornos por uso de drogas y alcohol ocupan lugares preponderantes cuando se considera su papel en causar días con discapacidad (12º y 15º lugar de 166 condiciones). En América Latina del sur, andina y tropical, el alcohol ocupa un lugar aún más importante, lo cual es el caso para drogas en el sur, los Estados Unidos y Canadá, y la región tropical. (Organización de los Estados Americanos, OEA 2013).

Entre las repercusiones sociales más importantes del consumo de sustancias se incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia. Dada la preocupación en la región sobre la violencia puesto que esta tiene fuertes repercusiones en la salud pública de los estados.

La violencia constituye un problema de salud pública, con altos costos individuales, sociales y económicos.

En el contexto del problema de las drogas, la violencia se manifiesta de muchas formas, desde los conflictos a gran escala sobre la producción y el tráfico, a los delitos de la calle que se cometen bajo los efectos de sustancias o para obtener dinero y proveerse de drogas. Los tipos de violencia y delito asociados con las drogas varían de país a país, dependiendo de los problemas que presentan y las políticas públicas que han adoptado. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos hay muy altos niveles de consumo, tanto ocasional como problemático, bajo nivel de tráfico, altos

niveles de violencia y muy altos niveles de delitos en el que incurren las personas drogodependientes, ya sea bajo intoxicación o como mecanismo para obtener las drogas en un mercado ilegal. México, en cambio, tiene tasas más bajas de consumo ocasional y problemático, muy altos niveles de tráfico y violencia, pero el crimen que puede atribuirse a los usuarios es aún bajo. De acuerdo al modelo ecológico, la violencia es un fenómeno multicausal y tanto su ejercicio, como la probabilidad de ser víctima de la misma, resultan de la interacción de cuatro factores: individuales, relacionales, comunitarios y sociales. En el nivel individual, se identifican factores de riesgo como la carga genética y las características sociodemográficas del sujeto. La dinámica que sostiene el individuo en sus relaciones interpersonales más próximas compone el nivel relacional. La esfera comunitaria involucra aquellos componentes del ambiente en el que están inmersos los sujetos (por ejemplo, la composición étnica de la comunidad). Finalmente, a nivel social, se encuentran los determinantes que favorecen un clima de violencia (como la tolerancia a la misma o la discriminación). En la esfera individual, la evidencia en algunos países muestra que la probabilidad de cometer un acto violento es mayor en individuos usuarios de alcohol, metanfetaminas, cocaína, benzodiazepinas e inhalables. Cerca de 50% de los agresores que comenten homicidios se encuentran intoxicados con alcohol o drogas ilícitas (principalmente marihuana o cocaína) al momento de cometer el crimen. El 35% de los usuarios de metanfetaminas ha provocado lesiones a terceros después del consumo de la sustancia. En el informe de la OPS Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas se estima que en algunos países más del 25% de los hombres y del 15% de las mujeres ha iniciado peleas encontrándose en estado de ebriedad.

La relación entre el consumo de alcohol y la violencia de pareja ha sido reportada en distintos estudios. Alrededor del 50% de las mujeres receptoras de violencia identifican que su pareja se encontraba bajo los efectos del alcohol al momento de agredirlas. El consumo de alcohol y drogas también

se ha vinculado con otros tipos de violencia (sexual, abuso infantil y de adultos mayores). Se considera que la asociación entre la violencia y el consumo de alcohol u otras drogas corresponde a distintos factores. Estas sustancias pueden actuar como facilitadoras de la conducta violenta, al disminuir la inhibición, el juicio y la capacidad del individuo de interpretar señales sociales en forma correcta.

El vínculo entre el alcohol y la violencia también se establece a nivel transgeneracional. Los menores de edad bajo el cuidado de padres o tutores que abusan del alcohol sufren más frecuentemente el abuso infantil, factor que a su vez se asocia con abuso de sustancias en etapas posteriores de la vida. El uso de alcohol y drogas por parte del agresor no es el único factor relacionado con las sustancias que se asocia a actos violentos. Es frecuente que las víctimas sean usuarios de sustancias y se encuentren también bajo estado de intoxicación durante el ataque. Es posible que el estrés relacionado con la violencia incremente el consumo de alcohol y otras drogas, así como que, durante la intoxicación, la disminución en el juicio y la menor capacidad de respuesta aumente la probabilidad de que la víctima se exponga a situaciones de riesgo. (OEA, 2013).

Aunque el consumo de sustancias adictivas constituye una amenaza obvia para la salud pública, muchos gobiernos están lejos de adoptar medidas contundentes para reducir su consumo. En algunos casos se debe a una subestimación del problema, en otros casos a cierta resignación frente a la dificultad que entraña su abordaje. En el caso de las drogas ilegales ha habido énfasis en las intervenciones para reducir la oferta en detrimento de las intervenciones para reducir la demanda, especialmente las que implican al sector salud. En el caso de las drogas legales, como el tabaco y el alcohol, muchos gobiernos dudan en actuar por temor a que el control de dichas sustancias tenga consecuencias económicas y políticas indeseables.

Aunque la responsabilidad gubernamental es amplia a la hora de aplicar soluciones a los problemas que plantean el consumo de drogas legales e ilegales, no es menos importante el papel que debe jugar la sociedad civil en su conjunto. Las sociedades de profesionales de la salud, padres y jóvenes, educadores y educandos, sindicatos y patronos, deben convertirse en abogados de las medidas de política social y económica necesarias para reducir la lacra de las drogas en nuestra sociedad. Todos tienen algo que aportar a la generación de la voluntad política necesaria. Todos tienen algo que ganar en este empeño ya que, aunque las medidas de control de estas sustancias requieren una voluntad política decidida, los costos políticos, en última instancia, son menores de lo que los adversarios de la salud pública quieren hacernos creer o tratan de infligir. Y en todo caso, mucho menores que los beneficios para la salud de las poblaciones. (Peruga y otros 2002: 231).

Salud Pública y adicciones en Colombia.

Como ha sucedido en casi todos los países de la región, el consumo de drogas en Colombia ha venido en aumento en los últimos años. Entre 1996 y 2008, el porcentaje de personas que respondió haber consumido alguna droga alguna vez en su vida aumentó del 5 al 8.7%. Para algunas drogas como el bazuco el aumento fue menor (31%), y para otras como la cocaína el aumento fue mucho mayor (119%). También, como en la mayoría del resto de los países del mundo, la edad de inicio del consumo de drogas en Colombia ha venido disminuyendo ligeramente. Mientras que para la cohorte de personas nacida entre 1950 y 1956 la edad de iniciación de alguna sustancia ilegal era a los 24 años, para la cohorte de individuos nacida entre 1978 y 1984 la edad de inicio promedio disminuyó a los 17 años (Camacho y otros 2011).

El enfoque prohibicionista en lo que tiene que ver con las políticas para enfrentar el consumo de drogas ha contribuido, por ejemplo, a la emergencia de epidemias explosivas de VIH en Europa del Este y en el Sureste Asiático,

ha atiborrado las prisiones de consumidores, los ha sometido a la persecución permanente por parte de las autoridades, obligándoles a ocultarse y marginarse, limitando no sólo su acceso a tratamiento, sino al cuidado mínimo de su salud.

El fuerte impacto en salud ha sido documentado en diversidad de países con distintos niveles de desarrollo y ello ha llevado a revisar los enfoques, las lógicas, las consecuencias de las políticas antidrogas que podrían ser tanto o más lesivas que las drogas mismas.

(Moodie 1997), recordaba que la Declaración Universal de los Derechos Humanos determina que todos los seres humanos nacemos libres e iguales en derechos y dignidad, y que aun cuando se han definido algunas condiciones que limitan tal ejercicio y que pueden llevar a que alguien pierda el derecho humano a la libertad, no existe razón o condición que justifique la restricción al ejercicio del derecho a la salud. Este se ha incluido explícitamente en diversas convenciones y particularmente en el artículo 12 del Pacto Internacional por los Derechos económicos, sociales y Culturales (DESC) y en él se determina que como mínimo los Estados deben asegurar que no se cause daño a la salud de las personas y que sus necesidades básicas en salud se vean satisfechas.

Sin embargo, cuando se habla del consumo surgen tensiones en torno al derecho que tienen o no los individuos de optar en libertad por hacerse daño o no, así como la reflexión de si el daño individual supone per se un daño colectivo. Algunas consideraciones se refieren al potencial adictivo de las drogas o a la pérdida de la capacidad de gobernarse a sí mismo, por el hecho de consumir. Pero más allá de reconocer que el ideal siempre será proteger el bien común, los Estados deben ocuparse de garantizar los medios para que todo individuo, independientemente de su situación o de sus opciones de vida, ejerza sus derechos y responsabilidades. La guerra contra las drogas y contra el consumo con frecuencia deriva en una guerra

contra el consumidor, deshumanizándolo y restringiendo su ejercicio ciudadano.

Casi tres décadas de desarrollo de nuevos enfoques han permitido flexibilizar la mirada frente al consumo, reconocer que se trata de un fenómeno que existe y existirá, que siempre habrá personas que opten por consumir drogas de manera continuada, que a pesar de ello las personas pueden transformar sus prácticas, correr menos riesgos, tener menos daños, integrarse a la vida social y productiva y ejercer su ciudadanía con acceso a servicios, información, medicamentos y medios para cuidarse a sí mismos y a sus redes. Todas estas condiciones son necesarias para minimizar el impacto negativo que este comportamiento tiene sobre la salud individual y colectiva, asegurar el derecho a la información, a la educación, a la no-discriminación y a la salud. De esta forma también se reconoce que la salud de las comunidades depende en buena medida de la salud de los consumidores de drogas, no sólo de la salud física, sino mental y social. Las políticas sociales y de salud deben dialogar entre sí más aún cuando tienen como tema común la salud pública, la promoción de la salud y la prevención del riesgo y del daño; deben estar fundamentadas en el respeto a la dignidad humana y no sólo hacer lo que es correcto a la luz de los derechos humanos sino también contribuir a mejorar los resultados de las intervenciones y asegurar su efectividad.

A partir de estas reflexiones los enfoques basados en la salud pública y en los derechos humanos en Colombia han promovido el diseño de acciones centradas en resultados e impacto, que entre otras cosas también buscan reducir el juicio, el estigma y la discriminación, ya que estos aumentan la vulnerabilidad al consumo continuado y de alto riesgo, distancian de los servicios, y marginan de la vida comunitaria. De acuerdo con (Ashtony y otros 2010), la evidencia del impacto positivo de este tipo de estrategias en la reducción del impacto en la salud pública, en la reducción de tasas de

criminalidad asociada y en la reducción de uso de drogas de mercado ilícito y de calle es robusta.

Los nuevos enfoques trabajan desde una lógica comunitaria, innovan, acercan y humanizan, buscan la aproximación activa a los grupos y sus entornos, a sus lógicas y a sus significados, proveen acceso oportuno a medios preventivos, respeta la autonomía, la libertad y la dignidad de las personas, la confianza en la capacidad de cambiar y protegerse, así como en la responsabilidad de respetar las regulaciones y las normas, entre otros aspectos (Ubíos y otros s.f.).

En la misma línea, reconocen la importancia de involucrar activamente a los grupos de interés en la construcción e implementación de políticas y programas que les competen y les afectan directamente, con el fin de asegurar su pertinencia, ajuste y mayor eficacia (IHRA, 2010).

La reducción de daños ha sido considerada una respuesta de “primera línea” y ejemplar de cuidado y atención en salud pública (IJDP 2010). Se trata de un enfoque cuyo fundamento no es la búsqueda de la abstinencia sino la búsqueda de la reducción del daño asociado al consumo y en tal sentido es complementario a las diversas acciones en reducción de demanda tales como la prevención o la rehabilitación, que aunque funcionan cuando se proveen bajo estándares de calidad no son totalmente infalibles. Algunas recomendaciones de política y acciones derivadas de una respuesta inspirada en la mirada de la salud pública y de los derechos humanos establecen la importancia de acciones complementarias a las ya mencionadas de reducción de daños, algunas de ellas incluidas de forma explícita en la recientemente revisada Estrategia Nacional Antidrogas de los Estados Unidos. Lo primero consiste en actuar primordialmente desde la evidencia y las acciones que mejor se soportan en ella son: estrategias que refuercen los mensajes contrarios al consumo, con soporte legislativo,

cultural y comunitario; coaliciones comunitarias libres de drogas; detección temprana, tamizajes, intervenciones breves y remisión a tratamiento; mejorar y ampliar la oferta y accesibilidad a tratamiento y rehabilitación; cortes o tribunales de drogas, entre otras. (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia 2013).

Es importante resaltar que hasta el año 2012 las drogodependencias no habían sido reconocidas como un problema de salud pública. Fue solo en junio del 2012 que la cámara de representantes puso el tema en escena, el cual fue encabezado por el senador Juan Manuel Galán. Solo hasta este momento se estableció que el consumo, uso y adicción a sustancias psicoactivas ya sean lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública, por tal razón debe de ser tratada como una enfermedad de alto costo que requiere atención integral por parte del estado. Sin embargo, esta propuesta fue polémica y desató diversas opiniones de los expertos, pues muchos de estos argumentaban que, aunque es necesario que el estado tome acciones frente a dicha problemática, Colombia no tiene la capacidad para brindar tratamiento público a todos los adictos.

El 2 de agosto del 2012 esta ley fue aprobada por el presidente de la república en vigencia Juan Manuel Santos, el texto presentado por el estado inicia diciendo “*reconózcase* que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos” (Congreso de la República de Colombia, 2012, Art. 1). Añadiendo que los drogadictos deben de ser tratados como enfermos y tienen derecho a pedir de manera voluntaria y recibir una atención integral por parte del estado. Este tratamiento quedó incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y no tendrá ningún recobro por parte de las llamadas empresas prestadoras de salud.

Cabe aclarar que, aunque esta ley fue sancionada por el presidente Santos en el 2012, a la fecha (2014) son muy pocas las instituciones públicas que brindan tratamientos para los adictos. Siguen primando las instituciones privadas en las cuales las personas deben pagar un alto costo económico para poder acceder al tratamiento.

Salud Pública y adicciones no químicas

Podemos entender las adicciones comportamentales o las adicciones sin drogas, como aquellas en las cuales se desarrolla un proceso adictivo sin que medie la ingestión de alguna sustancia y que sé que se presentan asociadas a una determinada conducta o actividad (comer, jugar, sexo, comprar, Internet). Pero para esto se hace necesario realizar una reformulación de lo que se entiende por “adicciones”, para lo cual hemos de tener en cuenta que el núcleo central de una adicción no es la conducta implicada o la ingesta de una sustancia, sino el tipo de relación que la persona establece con ella. Toda actividad humana lleva en sí misma la posibilidad de convertirse en un problema para el individuo y la sociedad, una vez que crece o aumenta hasta desalojar otras actividades más legítimas destruyendo su armonía. Actividades, que aunque en un principio pueden parecer inofensivas como ver la televisión o entretenerse con videojuegos, participar en juegos de azar, o comprar entre otras, puedan acarrear serios problemas cuando no se tiene el debido control y la capacidad para entender que todo exceso resulta perjudicial, buscando satisfacer algunas necesidades, la importancia de pasarlo bien, búsqueda de nuevas sensaciones y emociones, entre otras (Sánchez 2011).

Como se ha mencionado en diversas ocasiones las adicciones comportamentales o no químicas aún no tienen un reconocimiento por el mundo científico, solo hasta finales del 2014 el DSM-V reconoce el juego patológico o ludopatía como un trastorno adictivo no relacionado con sustancias. Sin embargo, las otras adicciones de carácter no químico aun no cuentan con un reconocimiento por manueas científicos como el CIE-10 y el

DSM-V; lo cual, evidentemente es un obstáculo para que estas adicciones sean reconocidas por los sistemas de salud y se tomen acciones al respecto.

Si en Colombia las adicciones químicas han tendido décadas de historia y su impacto en la sociedad ha sido evidente y sin embargo solo en el 2012 se reconocieron estas como un problema de salud pública, ¿qué se puede esperar entonces de una nueva manifestación de adicciones que emergen actualmente?, ¿acaso tendrán que transcurrir décadas de historias para reconocer esto como un problema que afecta la salud de las personas y de una sociedad en general?

Al respecto (Brugal 2006: 61), afirman que:

Las nuevas adicciones tanto las producidas por las nuevas sustancias como las del comportamiento, van en paralelo al desarrollo de las sociedades industrializadas, al ocio, al tiempo libre, y una nueva forma de vida. Este es un nuevo reto para la salud pública.

Según la autora citada anteriormente, las conductas adictivas, ya sean las relacionadas con sustancias psicoactivas o las comportamentales, contribuirán probablemente a uno de los grandes problemas de salud pública del siglo XXI. Por tal razón se hace eminente que las acciones preventivas y correctivas a estas problemáticas se tomen desde ahora y no cuando ya sea un problema difícil de abordar.

III. Situación Problemática

El concepto de adicción está estrechamente relacionado con el consumo de sustancias químicas y tóxicas, sin embargo en la actualidad se presentan diversas conductas o comportamientos que pueden llegar a ser considerados como adictivos, los cuales han tomado gran ventaja en nuestra sociedad, pero la falta de estudios epidemiológicos frente al tema no nos permiten tener una apreciación real de la magnitud del problema y del número de casos existentes, lo cual posiblemente se deba a la baja percepción de riesgo que tiene la población frente a este tipo de adicciones comportamentales, puesto que si la percepción de riesgo frente a esta problemática es baja, las conductas serán repetitivas y a su vez naturalizadas socialmente, y esto tiene indudablemente una relación directa con las representaciones sociales que tienen los sujetos frente a este tipo de adicciones.

Algunos autores han llamado la atención sobre la importancia que tiene reconocer las representaciones sociales que se tienen frente a una adicción, para así poder establecer estrategias de prevención efectivas, puesto que es inútil intentar prevenir sin antes reconocer qué representaciones sociales tiene determinada población frente a una adicción (Martínez y otros 2006: 45).

Se previene lo que se considera problemático y afecta la salud de las personas. Prevenir la ocurrencia de las dependencias comportamentales se constituye sin duda en la actualidad en un reto para la salud pública por la forma como está afectando a las personas y las sociedades. Al respecto Sanz (2009), afirma que las adicciones psicológicas, son un problema de salud que trae graves consecuencias a las personas que las padecen y a sus familiares. Se trata de un trastorno altamente incapacitante que cursa de forma progresiva y crónica, y deteriora todas las áreas del individuo.

Por su lado, un estudio de la Universidad Nacional de Colombia dice que

Colombia ha experimentado cambios en sus cuadros de morbimortalidad similares a los que se dan en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Esos cambios conllevan un aumento de las enfermedades crónicas y a una disminución relativa de las infectocontagiosas (Yepes, 1990). En esas condiciones adquiere gran relevancia el análisis y la incorporación de los factores ambientales y comportamentales que se asocian a los problemas de salud predominantes en la vida contemporánea (Alarcón 2006: 689).

Este planteamiento permite pensar las adicciones comportamentales como un factor que puede incidir de manera directa o indirecta en la morbimortalidad de la población y, de ser así, la salud pública tendrá que implementar acciones de prevención e intervención frente a estas conductas adictivas.

Si se logra comprender las adicciones comportamentales no solo como un tema novedoso y polémico en la actualidad, sino como un problema de base con afectaciones biopsico- sociales que repercuten en la vida del adicto, de sus pares y en las dinámicas sociales; entonces se podrán establecer mecanismos de acciones pertinentes de prevención e intervención que permitan contrarrestar los efectos de estas conductas adictivas tanto en los adictos, en sus familias y la sociedad que los conforma. El Estado como responsable y garante de derechos no puede permitir que ocurra lo sucedido con las drogodependencias, ya que al no prevenirlas a tiempo estas crecieron de tal forma que la afectación en la salubridad de las poblaciones es inminente, y aunque actualmente ha implementado un sin número de estrategias de prevención no ha sido posible controlarlas. En sociedades adictivas como en las que vivimos, las adicciones evolucionan en la medida en que evolucionan los contextos, manifestándose no solo a través de nuevas sustancias psicoactivas, sino también a través de nuevas adicciones; por tal razón se hace indispensable pensar en estrategias de prevención en el momento que emergen y no cuando ya no halla control sobre estas.

Son diversas las evidencias que dan cuenta de cómo las dependencias comportamentales están afectando la salud de las personas y la sociedad, haciéndose necesario la implementación de programas de prevención e intervención, los cuales solo serán efectivos si se tiene percepción del riesgo sobre los problemas que estas pueden ocasionar, aspecto que está muy ligado a las representaciones sociales que se tenga sobre este tipo de comportamientos en la sociedad, pues es ya conocido, que si un problema, sea cual sea, no es reconocido, nombrado y empoderado por su comunidad, jamás se podrán tomar acciones sobre este, siendo por tanto fundamental antes de pensar en cómo intervenir, o prevenir las adicciones comportamentales, indagar por las representaciones sociales que se tienen sobre estas en Medellín, sumándose a esto que es difícil lograr que los Estados asuman acciones de prevención e intervención, si estas socialmente no son reconocidas como un problema de salud mental. Estudios realizados en Colombia y España han mostrado a los adolescentes y jóvenes como una población altamente vulnerable a muchas de las adicciones comportamentales, incluyendo la ludopatía. Pero si los jóvenes y los profesionales en salud ven estas adicciones como conductas normales o cotidianas que obedecen a nuevas maneras de relacionarnos y de movernos en sociedad, será imposible que el Estado y el sector salud tomen responsabilidad al respecto. Es decir si la población asume como “normal” el hecho de que los niños y adolescentes pasen largas horas al día en las tienda del barrio jugando en las máquinas tragamonedas o de videojuegos, o que es normal el gran aumento de los casinos en el territorio de la capital antioqueña, es poco lo que se podrá hacer para prevenir e intervenir socialmente esta problemática, puesto que a su vez se asumirá que otras manifestaciones de las adicciones comportamentales como lo es la adicción al internet, solo es una variación social de algo que es común y natural en una comunidad. Por tal razón se hace hincapié en la importancia de identificar las representaciones sociales y la percepción de riesgo que se tienen de las adicciones comportamentales, en especial los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad.

Esta investigación buscará identificar las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tienen los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad de Medellín frente a las adicciones comportamentales, buscado con ello establecer la relación entre éstas, para así poder comprender de mejor manera la forma en la que se presenta esta problemática actualmente en la ciudad de Medellín; buscando con esto, poder tener elementos para pensar estrategias de prevención e intervención en relación a estas adicciones.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, el presente trabajo académico, orienta el estudio en las siguientes preguntas

¿Qué representaciones sociales tienen los jóvenes y los profesionales en salud de las adicciones comportamentales?

¿Cuál es la percepción de riesgo que tienen los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad de Medellín respecto a las dependencias comportamentales y de los y daños que estas ocasionan?

¿Cuáles son las principales creencias que tienen los jóvenes y los profesionales en salud frente a las adicciones comportamentales?

¿Cuáles son las conductas adictivas de carácter comportamental más frecuentes que realizan los jóvenes de la ciudad de Medellín?

Contexto donde se desarrollará la investigación

Medellín es la capital y mayor ciudad del departamento de Antioquia (Colombia). Es la segunda más poblada del país con 2.508.452 habitante (DANE 2018), convirtiéndola en la segunda ciudad más poblada de Colombia, y ocupa la posición 110 entre las más pobladas del mundo. La ciudad está clasificada en 6 estratos socioeconómicos, siendo alusivo el nivel 1 y 2 a la población altamente vulnerable, niveles 3 y 4 como población medianamente vulnerable y los niveles 5 y 6 como población poco vulnerable.

El problema de las adicciones en Medellín ha tenido un fuerte impacto, convirtiéndola, según el Comité Departamental de Drogas de Antioquia, en la ciudad donde más consumo de sustancias psicoactivas se presenta en relación a todo Colombia; considerando que el consumo de SPA es tres veces mayor que en el resto del país, según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, Medellín tiene la prevalencia de consumo más alta con un 8,2 %, en relación al resto del país (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias en Colombia 2013: 48).

Lo anterior sugiere que en esta cultura hay prácticas o conductas definidas por altos niveles de adicción puesto que no solo se presentan problema de farmacodependencia, sino que también hay una alta incidencia de ludopatía y otras adicciones de carácter comportamental, lo cual , posiblemente se deba a los patrones adictos que conforman la cultura de los Medellinenses.

En los diversos estratos socioeconómicos, marcados por dinámicas culturales diferentes, se hace evidente la cultura del juego de azar, es común ver en las tiendas a las que generalmente se acude con el fin de comprar la despensa, la instalación de máquinas tragamonedas, a las cuales pueden acceder los niños, niñas, adolescentes y adultos. Así mismo se instala en estos lugares máquinas de video juegos donde también los niños(a), adolescentes y jóvenes de los barrios pueden ir a jugar sin supervisión de un adulto responsable ya que generalmente quien atiende el lugar está encargado de sus labores cotidianas. Estas máquinas tragamonedas y de videojuegos son comunes encontrarlas en barrios estratificados con nivel 1, 2 y 3. También se ve con frecuencia en las calles o las veredas de las casas a los adultos jugando parqués, dominó u otros juegos de azar como cartas o naipes, los cuales siempre están regidos por las apuestas, y donde más allá del valor de la apuesta esta la acción del jugar, el apostar, el ganar y el perder.

Otra manera en la que se evidencia el juego de azar en Medellín es a través de los bingos, a los cuales acuden generalmente las personas mayores o en edad adulta, de igual manera esta población, especialmente hombres pensionados acuden a plazas importantes de la ciudad como el parque Berrio ubicado en todo el centro de Medellín y allí toman café y juegan cartas o dominó. Es decir tanto las máquinas tragamonedas o traga perras, o apostar en juegos como el parqués, dominó, las cartas o el bingo es algo no solo frecuente sino también naturalizado en la cultura antioqueña. Lo cual inminente nos lleva a preguntarnos por la percepción de riesgo que tiene los habitantes de Medellín sobre el juego patológico, puesto que al realizar estas conductas de manera frecuente tienden a estar en riesgo de atravesar la invisible línea que separa el juego social y la ludopatía.

Otra de las maneras en la cual se puede presentar el juego de azar tanto social como patológico es en los casinos, a estos suelen acudir personas con un estrato socioeconómico más alto como el 4,5 y 6. Esto sin descartar que personas con estratos más bajo no lleguen a frecuentarlos. En este punto es impórtate resaltar la alarmante cifra de aumento de los casinos en los últimos tiempos en la ciudad de Medellín, en noviembre del 2007, Medellín tenía 73 casinos aprobados por ETESA, la empresa encargada de recaudar los impuestos y combatir la ilegalidad dentro del campo de los juegos de azar en Colombia, a ellos se sumaron 126 nuevos casinos en el 2008, es decir que la ciudad en un corto periodo ha sufrido un incremento del 92% en el número de casinos, sin agregar la instalación de máquinas tragamonedas clandestinas que suman un número importante en la ciudad. (Calderón y otros 2010: 105).

Cabe resaltar que para el año 2015, COLJUEGOS, entidad reguladora de los juegos de azar en Colombia, reportó a la fecha 171 casinos autorizados en la ciudad de Medellín. Lo que significa un incremento del 26% en la presencia de centros legalizados para los juegos de azar, esto sin sumar los bingos, las máquinas tragamonedas en diferentes establecimientos de la

ciudad y todos aquellos lugares que aún no están legalizados. A este respecto, (Calderón y otros 2010), dicen que desde hace un par de años Medellín se ha venido poblando de enormes edificios decorados por vistosos letreros multicolores que alumbran las calles. Parece ser que “la ciudad de la eterna primavera” es el blanco de diferentes empresas nacionales e internacionales de casinos que quieren convertirla en una especie de Las Vegas Paisa. De igual forma las tiendas de barrio, carnicerías y hasta peluquerías de las comunas de esta ciudad se han llenado de máquinas tragamonedas que ofrecen esparcimiento y una oportunidad de multiplicar el dinero de los habitantes de estos sectores, ambos fenómenos han tenido repercusiones negativas para la ciudad en el campo tributario y en la seguridad.

Lo anterior nos devela el fuerte incremento de casinos en la ciudad y nos permite pensar en lo propensa que es la población de Medellín a esta problemática, lo que a su vez nos permite ver la importancia de pensar, estudiar e investigar las adicciones comportamentales con mayor hincapié, puesto que este aumento de casinos y la fuerte presencia de ludopatía en la ciudad nos permite cuestionarnos por la existencia de otras adicciones comportamentales en la pobladores de la ciudad de Medellín.

Las cifras presentadas anteriormente nos permiten visualizar, a grandes rasgos, la problemática de drogadicción o adicciones químicas en la ciudad de Medellín, lo que a su vez nos permite pensar en la pre-disposición de la población Antioqueña a las adicciones en general. Ahora bien, cabe preguntarnos cómo se presenta en la cotidianidad de esta ciudad problemas relacionados con el juego, el juego patológico o ludopatía y otras adicciones de carácter comportamental.

IV. Objetivos

1. Objetivo general

Identificar las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tiene la población juvenil y los profesionales del sector salud de la ciudad de Medellín frente a las adicciones comportamentales con el fin de establecer estrategias de prevención adecuadas y eficaces.

2. Objetivos específicos

- Indagar por las prácticas adictivas de carácter comportamental que se presentan en la ciudad de Medellín, buscando establecer qué representaciones sociales tiene la población en relación a éstas.
- Establecer cuál es la percepción de riesgo de los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad de Medellín frente a las adicciones comportamentales, buscando la relación entre las prácticas susceptibles de crear adicción y la percepción de riesgo frente a éstas.
- Dar lineamientos para el establecimiento de políticas públicas en relación con la prevención de las adicciones no químicas, y en especial de la ludopatía, en la ciudad de Medellín.

V. Metodología

Este apartado dará cuenta del modelo teórico, el enfoque metodológico, la población, las técnicas y los instrumentos de recolección de información, así como el proceso de análisis que se llevarán a cabo a la luz del marco teórico propuesto anteriormente para la presente investigación.

La metodología, asume un modelo teórico, dado que esta investigación se fundamentará en la teoría de las representaciones sociales de Moscovici, desde la mirada del interaccionismo simbólico, bajo la cual se realizará la comprensión y análisis de los hallazgos encontrados. Como se ha mencionado anteriormente, las representaciones sociales se entienden como el conocimiento del sentido común, cuyo objetivo es comunicar y sentirse dentro de un ambiente social, que se origina a su vez, en el intercambio de las comunicaciones de los grupos sociales.

1. Diseño metodológico

El diseño de investigación en el presente trabajo es el cualitativo. (Salamanca 2006), destaca que la investigación cualitativa está basada en el paradigma de investigación naturalista. Esta visión paradigmática pretende explicar los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas, examina el modo en que se experimenta el mundo. La realidad que interesa es la que las propias personas perciben como importante. Plantea además este autor, que el paradigma de investigación naturalista se fundamenta en los siguientes principios: a) Se reconoce la existencia de múltiples realidades y no una realidad única y objetiva, sino una construcción o un constructo de las mentes humanas; y por tanto, la “verdad” está compuesta por múltiples constructos de la realidad; b) persigue comprender la complejidad y significados de la existencia humana, así como contribuir a la generación de teorías; c) El proceso de investigación es inductivo, es decir, no utiliza categorías preestablecidas; se desarrollan conceptos y se establecen las bases de teorías a partir de los datos recogidos.

La investigación cualitativa es holística. Por lo tanto, el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad; las personas, los escenarios o los grupos, no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, lo que confirma que es humanista. La o el investigador cualitativo busca acceder, por distintos medios, a lo personal y a la experiencia particular de cada persona. En este sentido, (Durán 2000), afirma que, dentro del marco de la integralidad u holismo, la investigación cualitativa busca explorar a profundidad la riqueza y la complejidad inherente a los fenómenos en contexto, tal como ocurren naturalmente. Añade que la investigación cualitativa es humanística, en el sentido que se accede a lo personal, a los modos como las personas se perciben, se sienten, piensan y actúan. Todas las perspectivas de las personas estudiadas tienen valor, desde sus propios marcos de referencia y no desde un marco teórico preconcebido. Por eso en la investigación cualitativa se estudia a la gente y su ambiente de forma íntegra (Vanegas 2000: 134).

2. Enfoque metodológico

La investigación a realizar tiene un enfoque histórico-hermenéutico ya que este trata de ubicar la praxis social y personal dentro de una historia y orientar esa praxis. Por lo tanto, a este interés por más que sea teórico no se aleja de la praxis.

En este enfoque (histórico–hermenéutico) encontramos dos aspectos. En primer lugar, el trabajo en la historia como eje. El objeto de cada disciplina lleva a privilegiar facetas en la historia, pero si esas disciplinas dejan de ser historia, dejan de ser también ciencia.

No podemos entender la historia únicamente como la reconstrucción del pasado, el momento actual también es histórico. Es decir, lo histórico significa sentirse hacedor de la historia en esta época. Por eso se trata de

ubicar y orientar la práctica actual de grupos y las personas dentro de esa historia que estamos haciendo.

En segundo lugar, se acentúa el aspecto hermenéutico, es decir, el deseo de interpretar la situación. Etimológicamente “hermenéutica” en griego significa: intérprete o traductor.

Encontramos una hermenéutica de tipo crítico, la cual trata de dar una interpretación global al hecho, de comprenderlo, de darle el sentido que tiene para el grupo que está comprendido en esa praxis social.

Podemos decir entonces que la historia y la hermenéutica tratan precisamente de reconstruir todas esas piezas aisladas que aparecen en las diversas interpretaciones de los hechos. Este enfoque busca recapturar un todo- con – sentido” y precisamente ese todo - con -sentido es el que da la clave hermenéutica (Vasco 1985: 4).

Así mismo, el interaccionismo simbólico es una de las orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso hermenéutico o interpretativo, puesto que trata de comprender el proceso de asignación de símbolos con significado, al lenguaje hablado y escrito y al comportamiento en la interacción social (Henao 2010: 221).

La ideología fundamental del interaccionismo simbólico tanto teórica como metodológica fue la estructurada por Herbert Blúmer (1954, 1966,1969).

(Blúmer 1969, citado por Martínez 2002: 3), puntualiza que el interaccionismo simbólico se apoya en tres premisas básicas que constituyen su enfoque metodológico:

1. Los seres humanos actúan en relación con los objetos de, mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que estos tienen para ellos.

2. Estos significados se derivan o brotan de la interacción social que se da en medio de los individuos, la comunicación es simbólica ya que nos comunicamos por medio del lenguaje y otros símbolos, es más al comunicarnos creamos o producimos símbolos significativos.

3. Estos significados se establecen y modifican por medio de un proceso interpretativo “el actor selecciona, modera, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que se encuentra y la dirección de su acción; los significados son usados y revisados como instrumentos para guía y formación de la acción”.

Desde el punto de vista metodológico o de investigación, el estudio de la acción debe hacerse desde la posición del actor. Puesto que la acción es elaborada por el actor con lo que él percibe, interpreta y juzga, uno tiene que ver la situación concreta como el actor la ve, percibir los objetos como el actor los percibe, averiguar sus significados en términos del significado que tienen para el actor y seguir la línea de conducta del actor como el actor la organiza: en una palabra, uno tiene que asumir el rol del actor y ver este mundo desde su punto de vista. (Williams 1999 citado por Martínez 2002: 4).

Con base en lo anterior, se considera este enfoque metodológico como el indicado para aplicar a la investigación, permitirá a la investigadora identificar y comprender desde la praxis social las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tiene la población frente las adicciones no químicas.

3. Contexto temporal de esta investigación

En virtud de que la investigación cualitativa es de carácter continuo y recurrente, este trabajo se realizara por fases, lo cual significa encuadrar lo

que es flexible y necesita movimiento en un ir y venir de actualización constante. El diseño de este estudio, por ser naturalista, no se establecerá completamente desde el inicio, sino que emerge al tiempo de que se recojan los datos. Se seguirán las recomendaciones de Valles (1997), acerca de ser flexible y de tomar decisiones a lo largo del proceso de investigación y sobre todo, en los pasos que posee dicho proceso. Sin embargo, se ha procurado que la flexibilidad no signifique disminuir el rigor del trabajo y su correcta sistematización. El estudio ha planteado una secuencia de fases y tareas en el diseño que serviría como guía al presente trabajo: 1) Fase de reflexión, que consiste en la identificación del tema y preguntas a investigar así como identificación de perspectivas paradigmáticas. 2) Fase de planeamiento que consiste en la selección de un contexto, selección de una estrategia (incluida la triangulación metodológica), la preparación del investigador y la escritura del proyecto. 3) Fase de entrada que comprende la selección de informantes y casos, además de la realización de las primeras entrevistas y observaciones. 4) Fase de recogida de datos, esta fase incluye las salidas de campo y análisis intenso, y 5) Fase de escritura. (Morse citado en Valles 1999: 103).

4. Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Las técnicas que se utilizarán para la recolección de la información serán los grupos focales hasta agotar categorías y las entrevistas a profundidad.

Los grupos focales son básicamente grupos de discusión colectiva. Lo que distingue los grupos focales de cualquier otra forma de entrevista es el uso de la discusión grupal como forma de generar los datos. Durante las discusiones en un grupo focal se puede aprender mucho acerca del rango de experiencias y opiniones que existen en el grupo, pero no se puede aprender mucho acerca de cada individuo en particular.

Los grupos focales son ante todo una técnica de investigación cualitativa, donde la discusión grupal se utiliza como un medio para generar entendimiento profundo de las experiencias y creencias de

los participantes. Como lo señala (Morgan, 1998) los grupos focales se planifican en base a tres elementos constitutivos de toda investigación cualitativa: a) exploración y descubrimiento, b) contexto y profundidad, y, c) interpretación. (Mella 2000: 5/9).

(Korman 1986 citando por Martínez 2011: 48) define el grupo focal como "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación". Los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de unos acuerdos dentro del grupo acerca de unas temáticas que son propuestas por el investigador. Por lo tanto, el punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y unas conclusiones producto de la interacción y elaboración de unos acuerdos entre los participantes.

Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. Como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto (cultural, social), entonces el investigador debe dar prioridad a la comprensión de esos contextos comunicativos y a sus diferentes modalidades. Esta modalidad de entrevista grupal es abierta y estructurada: generalmente toma la forma de una conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas - preguntas asociadas a algunos antecedentes que orientan la dirección de la misma, de acuerdo con los propósitos de la investigación.

Para el presente estudio se pretende realizar grupos focales con las poblaciones seleccionadas; se realizará una serie de grupos focales hasta agotar categorías con la población juvenil, dichos grupos se conformarán agrupando los jóvenes según su edad y escolaridad, con una participación de 6 a 10 personas por cada grupo; se tendrán grupos focales con jóvenes entre los 14 y 18 años, pretendiendo con esto homogenizar la muestra y

posibilitar la construcción de cada grupo focal. De igual modo, se pretende mezclar las diferentes prácticas adictivas comportamentales de los jóvenes, relacionadas con la adicción al juego, al internet, al deporte, al sexo, entre otros; para así, poder construir un panorama general de las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tiene esta población sobre estas adicciones. De igual modo es importante señalar que en dichos grupos focales también se buscara incluir jóvenes que no tengan acercamiento a ninguna práctica adictiva, esto con el objetivo de observar las RS y la percepción de riesgo que tienen estos.

Para la selección de los informantes claves que harán parte de los grupos focales se diseñó un test de corta duración y alcance. Este, se aplicará a un grupo de estudiantes de 3 colegios seleccionados previamente de la ciudad de Medellín, y su objetivo principal es que la información que allí se obtenga posibilite al investigador seleccionar la muestra acorde a sus prácticas susceptibles de una adicción conductual, así como también identificar aquellos jóvenes que no realizan ninguna practica adictiva en relación al presente estudio. (Ver anexo 1)

Otra técnica a utilizar para la recolección de la información serán la entrevista a profundidad semiestructuradas, esta, puede definirse como una situación cara a cara en la cual se presenta una conversación íntima y un intercambio recíproco, donde el informante asume la identidad de un grupo social, en esta interrelación se constituyen la realidad de un grupo y los entrevistados son fuente de información general, en donde hablan en nombre de gente distinta y proporcionan datos acerca de procesos sociales. Los informadores vieron, vivieron y oyeron situaciones que nos interesa conocer. (Cannell y otro 1993: 310).

Las entrevistas a profundidad serán aplicadas con los profesionales en salud, para lo cual se buscarán 9 profesionales, entre los cuales se pretende

contar con 1 psicólogo, 2 psicólogos especialistas en adicciones, 1 psiquiatra, 1 enfermero profesional, 2 médicos, 1 epidemiólogo, 1 salubrista. Es importante aclarar que entre el grupo de profesionales a entrevistar habrá algunos con experticia en intervención de adicciones y otros que no.

5. Población y muestra

La población con la cual se va realizar esta investigación son jóvenes entre 14 y 26 años de edad, ya que según la Ley 375 de 1997 de la república de Colombia, se establece que para fines de participación y derechos sociales, se entiende por joven la persona entre 14 y 26 años de edad. Se buscarán jóvenes escolarizados, que pertenezcan a los diferentes estratos socioeconómicos, y que presenten contacto con algunas prácticas susceptibles de generar adicción comportamental. No se tendrán en cuenta jóvenes que ya hayan recibido tratamiento por una adicción no química o que en la actualidad estén presentando tratamiento por consumo de SPA.

De igual manera se contará con un grupo de profesionales del área de salud que trabajen en centros de rehabilitación para personas con problemas de adicción a las drogas y otras adicciones. Así como también se pretende contar con un grupo de profesionales en salud y en salud mental que intervengan en diferentes programas psicosociales de la ciudad.

La investigación contará con una muestra no probabilista, intencional, de carácter homogéneo, “ya que se busca tomar un subgrupo de características similares” (Pineda 1994 citado por López 2002: 48), agrupándolos de acuerdo con sus características, buscando que sean similares. Para la selección de la muestra se aplicará un test de corto alcance y duración a la población de jóvenes seleccionada, los resultados de dicho test le brindaran a investigador poder seleccionar en la muestra a aquellos jóvenes que tienen acercamiento a prácticas susceptibles de generar una adicción comportamental.

6. Instrumento para la recolección de la información

Las representaciones sociales desde su inicio como teoría con los ejemplos que el mismo Moscovici (1979) refiere en su obra, han sido abordadas de diversas maneras tanto en el uso de diferentes instrumentos, así como en el análisis de datos, ya que no existen indicaciones metodológicas únicas sobre la forma de aproximarse a ellas. Es importante tener en cuenta que se buscan diferentes métodos y técnicas de análisis que den cuenta del “núcleo figurativo” el que Moscovici (1979) señala como uno de los ejes centrales que permite entender la organización de las representaciones del hecho social estudiado, que se refleja tanto en las actitudes, en la información de las personas en análisis, así como en el campo de representación u organización de las mismas.

Por consiguiente, para dar cuenta de las representaciones sociales que tienen los jóvenes y los profesionales en salud frente a las adicciones comportamentales se construyó un cuestionario con preguntas asociativas que permitan a la población hablar de sus opiniones y creencias sobre estas adicciones, y a su vez puedan facilitar al investigador identificar las RS que tiene la población frente a dichas adicciones. Para el efecto de esta investigación se buscó que el diseño del instrumento no sea largo y dispendioso puesto que lo que se busca es rastrear las RS de la población frente a un tema determinado. Dicho instrumento se tomará con eje central para los grupos focales con jóvenes y para las entrevistas a profundidad con los profesionales.

7. Categorías de análisis y subcategorías

Las categorías y subcategorías del presente estudio se construyeron en relación a sus tres temas centrales: Representaciones sociales, percepción de riesgo y adicciones comportamentales, de igual manera se estableció una categoría más, la cual se considera transversal a todo el estudio: salud pública. Así mismo para el establecimiento de las subcategorías, se pensó

en aquellos temas centrales que según los autores centrales de cada categoría la conforman.

Para el efecto de la investigación las categorías y subcategorías que se consideran transversales a todo el proceso de recolección y análisis de la información son:

Categorías.

Representaciones sociales.

Las representaciones sociales son conocimientos que una sociedad tiene y que funcionan a modo de teorías de sentido común sobre todos los aspectos de la vida y de la sociedad; para Moscovici (1984) “el sentido común en nuestras sociedades está creándose continuamente, especialmente en aquello que ha popularizado las creencias y los conocimientos técnicos” (Moviñas 1994: 411).

Percepción de riesgo.

La percepción de riesgo está ubicada en el plano subjetivo de la persona y hace referencia a todas aquellas creencias, informaciones, actitudes, experiencias, motivaciones y estereotipos que hacen que un sujeto asuma un riesgo en función de las características expositivas de cada situación (García 2012: 138).

Adicciones comportamentales.

Una adicción comportamental es aquella conducta repetitiva que resulta placentera, al menos en las primeras fases, y que genera una pérdida de control en la persona con una interferencia grave en la vida cotidiana, a nivel social, laboral y familiar. (Labrador y otro 2010 citado por Jurado 2013: 18).

A continuación, se presenta una tabla relacionando las categorías con las subcategorías

Tabla 2. *Relación entre categorías y subcategorías*

Categoría	Subcategoría
Representaciones sociales	Creencias
	Conocimientos universales
	Opiniones
Percepción de riesgo	Riesgo y adicciones
Adicciones comportamentales	Ludopatía
	Conductas susceptibles de adicción comportamental: juegos de azar – videojuegos- internet- comida- sexo- vigorexia- trabajo
	Prevención de las adicciones comportamentales
	Intervención de adicciones comportamentales
Salud Pública	Salud Mental

Fuente: Elaboración propia

De igual modo es importante aclarar que para el efecto de esta investigación también se tendrán presentes las categorías emergentes del proceso de recolección de la información.

8. Sistematización y análisis de la información.

El proceso de sistematización y análisis de la información se llevará a cabo a través del programa informático Atlas. Ti. Esta es una herramienta informática que le facilita al investigador la organización, categorización, manejo y análisis de los datos cualitativos. Su base es la teoría fundada que

se define como: Un método para descubrir teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes» (Taylor y otro 1992 citado en Muñoz 2005). Partiendo de este principio, permite la comparación constante entre los documentos, notas de trabajo y categorías. Las herramientas de manejo del programa se fundamentan en las operaciones básicas del trabajo cualitativo; análisis, síntesis y organización de la información. Los objetivos de la investigación irán a determinar el esquema de organización, de tal modo que las clasificaciones establecidas en el programa (nivel organizacional) respondan a preguntas y objetivos específicos, sirviendo como filtros para la obtención de resultados.

9. Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos éticos, esta investigación se acogerá al respeto, la dignidad y la protección de los derechos de las personas entrevistadas, en conformidad con los principios científicos y éticos fundamentales consagrados en la normatividad vigente con respecto a disposiciones técnicas, científicas y administrativas para la investigación en salud.

Basados en la declaración de Helsinki, esta investigación dará consentimiento informado a cada individuo potencial, buscando que estos reciban la información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial será informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

En articulación a lo anterior, y acorde con los lineamientos de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de

Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en la presente investigación se consideraran aspectos como los mencionados en el artículo 6 del capítulo II, con respecto al consentimiento informado, para el cual se contara con la autorización expresa de los sujetos participantes, con la aprobación del proyecto, por parte del Comité de Ética de la institución investigadora, que para el caso es la Universidad Nacional del Rosario-Argentina.

Cabe resaltar, que en el caso de los menores de edad vinculados con la investigación, estos contarán con un consentimiento informado por parte de su acudiente o tutor, que a modo general sería uno de sus padres.

Con respecto al anonimato mencionado en el artículo 8 del capítulo II, para este proyecto la investigación, protegerá la privacidad y el anonimato de los participantes. Se ha considerado, además según el artículo 11 del capítulo II, que el presente estudio es una investigación sin riesgo, debido a que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

VI. Resultados y discusión

Como es frecuente en los estudios de investigación cualitativa, los resultados y la discusión se presentarán de manera conjunta, ya que así fueron elaborados y responden a la forma concreta en la que se llevó a cabo este tipo de investigación.

Para la realización de este estudio se realizaron 10 entrevistas a profesionales del área de salud, y 3 grupos focales con jóvenes estudiantes de los grados 10 y 11, de las Instituciones Educativas: José Eusebio Caro, Presbítero Abraham Jaramillo y Monseñor Cristóbal Toro, del municipio de Medellín.

La distribución de los informantes es acorde a al grupo poblacional:

Profesionales de la salud:

Por sexo: 5 hombres y 5 mujeres

El rango de edad es de los 27 a los 49 años.

Por Profesión: 2 médicos generales, 1 psiquiatra, 2 psicólogos, 2 especialistas en adicciones, 1 enfermero profesional, 1 epidemiólogo, 1 enfermero salubrista.

Jóvenes:

Por sexo 15 Hombres y 13 mujeres

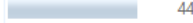
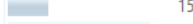
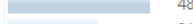
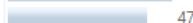
El rango de edad de los jóvenes es de 14 a 19 años

Grado de escolaridad, 9 grado: 8 jóvenes 10 grado: 12 jóvenes 11 grado: 8 jóvenes.

Estrato socioeconómico, 9 jóvenes son estrato 2, 10 jóvenes son estrato 3 y 9 jóvenes estrato 4.

En la primera fase de análisis de las transcripciones de la información a través del software Atlas ti se obtuvo un total de 19 códigos y 393 citas textuales seleccionadas. Posterior a esto, se pasó a agrupar los códigos en categorías o familias.

Figura 1. Códigos Atlas.ti

Nombre	Fundamentado	De...	Autor	Creado	Modifica...	Familias
☞ A no Q y salud Publica~		41	0 Super	27/06/201...	08/08/20...	FAMILIA: ADIC No Q y Salud Publ...
☞ A no Q y salud Publica -jovenes~		1	0 Super	30/06/201...	30/06/20...	FAMILIA: ADIC No Q y Salud Publ...
☞ consecuencias fisiologicas A no Q~		12	0 Super	24/06/201...	07/07/20...	consecuencias profesionales
☞ consecuencias sociales de las a A no Q~		13	0 Super	24/06/201...	13/07/20...	consecuencias profesionales
☞ consecuencias psicologicas~		6	0 Super	24/06/201...	24/06/20...	consecuencias profesionales
☞ CREENCIAS~		0	1 Super	10/07/201...	18/07/20...	
☞ creencias juvenes obj 3		5	0 Super	29/06/201...	08/02/20...	CREENCIAS
☞ creencias obj 3~		13	1 Super	27/06/201...	22/06/20...	CREENCIAS
☞ Es importante tener presente q..		1	0 Super	01/11/201...	01/11/20...	
☞ intervencion en A no Q~		31	0 Super	27/06/2016 05:49:00 p. m.		FAMILIA: IINTERVENCION EN ADI...
☞ percepcion de riesgo Obj 2~		17	0 Super	27/06/201...	04/01/20...	FAMILIA: PERCEPCION DE RIESGO
☞ percepcion de riesgo y consecuencias Obj 2~		44	0 Super	29/06/201...	17/03/20...	FAMILIA: PERCEPCION DE RIESGO
☞ practicas adictivas Jovenes Obj1~		15	0 Super	29/06/201...	06/08/20...	PRACTICAS ADICTIVAS
☞ practicas adictivas Obj1~		48	0 Super	27/06/201...	28/07/20...	PRACTICAS ADICTIVAS
☞ PREVENCION Ano Q Obj 4~		31	0 Super	27/06/201...	15/08/20...	FAMILIA PREVENCION
☞ preVENCION Ano Q Obj 4- juvenes		4	0 Super	30/06/201...	30/06/20...	FAMILIA PREVENCION
☞ Que son las adicciones no quimicas~		9	0 Super	24/06/201...	30/06/20...	
☞ representacion social juvenes OBJ 1~		55	0 Super	29/06/201...	04/01/20...	FAMILIA: REPRESENTACION SOCI...
☞ representacion social OBJ 1~		47	0 Super	27/06/201...	08/07/20...	FAMILIA: REPRESENTACION SOCI...

Fuente: Software Atlas ti, sistematización propia

Las categorías son un grupo de códigos que están relacionados entre sí por referirse a un mismo concepto o tema. Por tanto, son un concepto más amplio de agrupación de códigos que permite ver en conjunto los datos sobre un tema y poder iniciar el primer nivel de interpretación (Vinita 2009).

Del análisis de las entrevistas y los códigos emergieron 8 categorías o familias a partir de las cuales se realizó el proceso de interpretación, las categorías con mayor peso específico son:

- Representaciones sociales
- Creencias
- Percepción de riesgo
- Consecuencias de las adicciones no químicas

- Prácticas adictivas
- Salud pública y adicciones no químicas
- Prevención de las adicciones no químicas
- Intervención de las adicciones no químicas

La agrupación por categorías o familias también permitió identificar otras categorías secundarias y terciaras vinculadas a las categorías primarias nombradas anteriormente.

Figura 2. *Agrupación por familias Atlas.ti*



Fuente: Software Atlas ti, sistematización propia.

Para esta etapa de presentación de resultados y discusión se presentará cada categoría principal con sus respectivas categorías secundarias y terciaras, las cuales estarán interrelacionadas constantemente con la categoría principal.

1. Categoría 1. Representaciones Sociales de los jóvenes y los profesionales en salud frente a las comportamentales

De acuerdo con los datos obtenidos a través de los discursos tanto de los jóvenes en los grupos focales, como de los profesionales en salud en las entrevistas a profundidad, queda manifiesto que la representación social que tienen ambas poblaciones frente a las adicciones comportamentales está atravesada por diversos factores socio culturales que constituyen en si representaciones sociales propias de la cultura paisa, los cuales se manifiestan no solo en relación a las conductas adictivas de carácter no químico, sino también en la cotidianidad cultural de la ciudad, quedando claro que dichas representaciones permean la visión que los Medellínenses tienen de estas conductas, lo que a su vez se convierte en un fuerte impedimento para reconocer el problema que acarrea una adicción comportamental en una persona, su familia y su entorno cercano.

Cabe resaltar que las representaciones sociales que tienen los jóvenes de las adicciones comportamentales presentan algunas diferencias en relación a las identificadas en los profesionales de la salud, lo cual posiblemente se debe a el nivel educativo que presenta cada grupo poblacional, puesto que en el caso de los profesionales el acercamiento a carreras del área de la salud y social, hacen que su mirada sea más crítica, sin embargo en el discurso de esta población aparecieron diversas creencias permeadas por los saberes colectivos, y es ahí, donde hay un punto de encuentro entre las representaciones sociales que tienen los jóvenes y las que tienen los profesionales en salud frente al tema que nos convoca, puesto que, aunque en muchas ocasiones el profesional pretendía ubicarse en un discurso del “saber” este siempre termino atravesado por los saberes colectivos y los sistemas de creencias sociales tradicionales con los que cada uno carga.

En esta vía, es importante resaltar que las representaciones sociales identificadas en los jóvenes se enmarcan de manera más puntual en cada una de las conductas adictivas de carácter no químicas, mientras que las

RS, que emergen con los profesionales de la salud se enfocan en factores socio culturales predisponentes para la existencia de estas adicciones, donde cabe resaltar que aunque este último es un discurso aparentemente diferente, tiene puntos de encuentro significativos con base en los cuales se desarrollara la discusión de esta categoría.

Acorde con el concepto de Denise Jodelet (1986-1989), quien es fiel a las ideas de Moscovici, y que a su vez fue elegido como concepto referencial para efectos de esta investigación; las representaciones sociales designan una forma de conocimiento específica, un saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente marcados; designando una forma de pensamiento social. Sus principales elaboraciones pueden resumirse en los siguientes aspectos: a) La manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, b) el acontecimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común, por oposición al pensamiento científico, c) conocimiento socialmente elaborados y compartidos, constituidos a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a partir de la tradición, la educación y la comunicación social, d) conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común o un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida, e) las representaciones sociales son producto de una actividad de apropiación de una actividad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad.

Podemos considerar con base en lo anterior, que todas las representaciones sociales identificadas en la población en relación a las adicciones comportamentales se enmarcan en uno o más aspectos de los sugeridos por Jodelet. Sin embargo, en la medida en que estas se vayan nombrando se irán relacionando entre sí.

Una de los objetivos principales de esta investigación pretendía identificar las representaciones sociales que tienen los jóvenes y los profesionales en salud de las adicciones no químicas, para lo cual se indago sobre las diferentes conductas adictivas que según la población hacen una mayor presencia la Ciudad de Medellín y las representaciones sociales que imperan en cada una de estas; cabe resaltar que en este punto fueron los jóvenes los que más aportaron al tema, ya que se permitieron pensar y discutir en relación a cada conducta adictiva, mientras que las representaciones sociales que emergieron en el grupo de profesionales entrevistados se centran más en los factores predisponentes para la existencia de estas conductas en la sociedad Antioqueña.

De cara a lo anterior se presentarán las principales RS identificadas acorde a cada conducta adictiva de carácter no químico en particular.

Adicción a los juegos de azar o Ludopatía

Para Calderón, (Castaño y otro 2010), el juego patológico o la ludopatía es la incapacidad de controlar el deseo de apostar, lo que puede generar como consecuencia la destrucción de todo el capital económico, afectivo y social de una persona, afectando por supuesto su entorno familiar, entorno en el cual se presentan las primeras dificultades con el juego.

Si bien, los autores plantean la familia como uno de los principales entornos afectados por los juegos de azar, lo jóvenes y los profesionales en salud identifican la familia como uno de los principales escenarios en los cuales se ven expuestos y se manifiestan esta conducta. Para los jóvenes participantes de la investigación la familia es el principal entorno en el cual se evidencia esta práctica adictiva, manifestando muchos de ellos que en las reuniones familiares siempre sus padres, tíos y otros miembros de la familia están jugando cartas, parques u otros juegos de azar de modo recreativo, sin embargo, reconociendo éstos la dificultad que tiene algunos miembros de sus familias para poner límites a esta conducta.

Pero en mi familia si se juega mucho, cada 8 días mis cuñados, mi papá, se parchan ahí, y apuestan, apuestan 1000 pesos, pero vea todo el día son ahí, se pueden sentar a las 10 am y pararse a las 8 o 9 de la noche, les toca llevarles la comida allá, pero ganan muy poquito, pero ellos son engomados ahí. (Joven 16 años, grupo focal 2)

Así mismo los profesionales en salud, consideran las familias Antioqueñas como un escenario en el que las conductas relacionadas con los juegos de azar se han presentado de manera permanente y en diferentes etapas generacionales.

Mira es que es nuestra cultura el juego ha estado siempre, yo recuerdo ver a mi abuelo jugando, a mis padres jugando y en muchas ocasiones en reuniones familiares todos nos sentamos a jugar cartas, o parques, y nos sentamos con los sobrinos, los hijos, los nietos, si me entiende eso a veces une las familias, pero también instaure el juego como algo normal. (Mira, J, comunicación personal, 22 de octubre de 2017 Médico, gerente ESE Hospital.)

El gran problema con los juegos de azar es que eso hace parte de nuestra cultura, ¿si me entiendes?, en las familias por ejemplo es muy común al papá, abuelos o tíos sentados jugando cartas, pero no hacen sobre todo por diversión. (Aguirre, N. comunicación personal, 08 de marzo de 2017. psicólogo, especialista en Adicciones.

Aunque esta práctica adictiva no sea necesariamente una adicción al juego como tal, si permite evidenciar cómo las conductas de juego, tales como las apuestas hacen parte de la cotidianidad de las familias antioqueñas, lo cual tiene una fuerte relación con las prácticas culturales que anteceden la ciudad en relación a los juegos de azar y evidencia como dichas conductas tiene una aprobación por los núcleos familiares.

Con relación a lo anterior, (Fantin y otro 2011), parten de que la familia, según la pedagogía social, es concebida como un agente de socialización primaria, la cual, desde un contexto socio cultural estará influenciada por el tiempo o la época en la cual la familia configura su historia, pero que a su vez genera una influencia en la socialización que cada sujeto establece con su entorno; y es justamente por esta razón que el hecho de que las practicas relacionadas con los juegos de azar hagan presencia en las familias de los adolescentes y jóvenes de la ciudad, hace que esto se convierta en un factor de predisponente para adicciones futuras.

Antes de avanzar, es importante resaltar que la mayoría de familias antioqueñas se han construido y re construido en un contexto histórico y cultural en el que los juegos de azar siempre han existido; Calderón, et al (2010), afirman que desde décadas antaños los campesinos usaron los dados incluso para la toma de decisiones, de ahí, que esta práctica tenga mayor aceptación familiar y cultural que otras adicciones no químicas.

Con respecto a lo anterior es importante tener presente que la presencia de prácticas relacionadas con los juegos de azar en las familias antioqueñas puede generar a largo plazo una serie de implicaciones en la salud pública de la población Antioqueña, ya que si bien, las conductas relacionadas con el juego de azar en sí mismas no son un problema de salud, si se convierten en un riesgo para la aparición de la adicción al juego o la ludopatía, es por esto, que el hecho que de esta práctica tenga un alto nivel de aceptación en los núcleos familiares hace que la concurrencia de la misma aumente, y por lo tanto las consecuencias en la salud mental y física de las personas también pueden de incrementar de manera significativa.

(Calderón y otros 2010), en su libro *Ludopatía una dependencia química de cuidado*, afirma, que diversos estudios muestran como los hijos de padres jugadores o alcohólicos tienen una mayor probabilidad de convertirse en

jugadores patológicos. Los autores consideran que la exposición al juego durante la adolescencia, y el estar en una familia de origen que da gran importancia al dinero y los símbolos materiales determinantes de un estatus social alto, donde se evidencie la falta de ahorro y planificación de presupuestos, puede convertirse en un factor predisponente para las adicciones.

De igual modo, (Garrido 2004), sostiene que la familia parece desempeñar un papel muy importante en la adquisición de hábitos de juego, afirmando que algunos estudios indican que un 86% de los adolescentes que juegan lo hacen con sus familiares.

Lo anterior, sin duda alguna sustenta lo dicho anteriormente, puesto que el hecho de que los jóvenes sean expuestos de manera cotidiana en sus entornos familiares a prácticas adictivas relacionadas con la ludopatía se convierte en un factor de riesgo para ellos, no solo porque lo están viendo constantemente, sino también porque la están naturalizando, y al hacerlo hay una mayor posibilidad de que se presente la conducta sin que esta sea acompañada por un sentimiento de culpa o displacer, lo que a futuro, como se mencionó anteriormente generara una serie de consecuencias negativas que afectaran la morbi mortalidad de la población, puesto que estas conductas adictivas suelen estar acompañadas por episodios recurrentes de depresión, ansiedad, y en muchas ocasiones, puede llegar a detonar un intento de suicidio.

De cara a esto, (Bahamon 2006) afirma que el 76% del pacientes hospitalizados con diagnóstico de juego patológico cumplen criterios de trastorno de depresión mayor, y que aproximadamente el 28% tienen episodios depresivos recurrentes, tal vez debido a los problemas generados por la adicción; así mismo, el autor afirma que hasta un 97% de adultos jugadores patológicos tienen riesgo de suicidio y que el 27% se suicidan, lo

cual ubica la ludopatía como una problemática causal de otros problemas de salubridad tanto físicos como mentales en la población adicta. Sin embargo, en muchas ocasiones esta problemática se invisibiliza a causa de la naturalización que tiene la población frente a la misma, la cual como se identificó en los grupos focales y en las entrevistas a profundidad, parte de la cotidianidad con la cual la población realizan estas prácticas en el interior de los hogares Medellínenses.

Otro factor importante que aparece en los grupos focales, son los juegos de azar como pasatiempo, lo cual para los jóvenes pueden incluso ser más peligrosos. Sin embargo, cuando se indaga más por el tema, aparece una relación directa entre los juegos azar como pasatiempo y la historia delictiva en la ciudad de Medellín. Los jóvenes relacionan algunas conductas adictivas de juegos de azar con algunas prácticas delictivas o delincuenciales propias de algunos los barrios de la ciudad de Medellín.

Para nadie es desconocido que Medellín está permeada por una historia de narcotráfico, la cual, aunque ya ha desaparecido en gran medida, sigue influenciando algunas prácticas delictivas en la ciudad, en la cual “los combos barriales” hacen presencia en diferentes sectores de Medellín y ejercen cierta autoridad en un territorio determinado y delimitado.

Al respecto, Badillo (2008) dice:

Existe una subcultura de la violencia que está presente en el fenómeno de las bandas y combos delincuenciales, que se ha proyectado sobre diversos sectores sociales y ha dejado una huella profunda en el alma de la ciudad. Esta subcultura es producto de una mezcla de elementos de la cultura paisa, de la cultura del consumo y de la cultura maleva. Es en este sentido una subcultura de destiemplos históricos y de mestizajes (Corporación Región, 1990 citado en Camacho y otros 2010).

Sin embargo, una gran parte de este proceso ocurre en las calles, con el grupo de iguales o el parche como lo llaman ellos (Espinal 2000). Además, en este proceso tiene alta influencia la cultura propia de la ciudad de Medellín basada en los valores antioqueños. Esta cultura ha servido de telón de fondo para muchas de las manifestaciones violentas propias de esta ciudad; en ella se encuentran expresiones como “antioqueño no se vara”, “el que peca y reza empata”, entre otras. Esta cultura popular ha sido tergiversada para justificar los actos de violencia y criminalidad.

Por lo anterior, es válido tener en cuenta que en este contexto se hace común encontrar algunos hombres, en su mayoría jóvenes, ubicados en algunos sectores estratégicos de los territorios “Cuidando el barrio”, y mientras lo hacen pasan la mayor parte del tiempo jugando algún juego de azar, llámese, cartas, parques, domino, entre otros; y es por esta razón, que la población establece una relación directa entre los juegos de azar, la ludopatía y las actividades delictivas que se puedan presentar en la ciudad. Para algunos jóvenes entrevistados, el pasar tiempo jugando mientras “cuidan el barrio” o mientras venden algunas sustancias psicoactivas de carácter ilegal, es mucho más riesgoso, puesto que esta es una conducta constante en la que la persona puede durar horas sin identificar que puede estar generando una adicción al juego, ya que su conducta esta disfrazada por otra actividad, en este caso, delictiva.

En línea con lo anterior, aparece una representación social que relaciona de manera directa algunas actividades delictivas de la ciudad con algunas prácticas relacionadas con la ludopatía. Cabe resaltar que en este punto, son las actividades delictivas las que se convierten en un factor de riesgo para la aparición de prácticas susceptibles de adicción relacionadas con el juego. Sin embargo, estas conductas no son identificadas como riesgosas ya que se convierten en prácticas naturalizadas cuyo fin es pasar el tiempo.

Al respecto, un joven dice:

Pues yo creo que es más peligroso los que juegan por pasar el tiempo, porque uno ve en una esquina a los gíbaros, y uno los ve ¿qué?, sentados jugando parques, o jugando cartas o domino, así ganen 200 pesos, pero pasan todo el día ahí, ¿por qué? Porque no tiene nada más que hacer, entonces todo el día la pasan hay mientras cuidan el barrio o mientras llegan a comprarles. (Joven de 17 años. Grupo focal 3)

Otro participante complementa diciendo:

Es que eso ya es muy común, usted analiza allí arriba, y ellos son todo el día en eso – jugando- y vaya a cualquier barrio de Medellín y va a ver lo mismo. (Joven de 15 años. Grupo focal 3)

Concluyendo, podemos afirmar que lo anterior, permite identificar dos de las representaciones sociales más sobresalientes en los jóvenes, la primera de ellas muestra como las prácticas en relación a los juegos de azar están arraigadas en la cultura Antioqueña y se manifiestan de manera puntual en el escenario familiar, convirtiéndose así en una conducta naturalizada por la población, pero no por ello, menos riesgosa para la salubridad de los adolescentes y jóvenes que la presencian.

En segundo lugar, existe la representación social que relaciona algunas actividades delictivas de la ciudad con prácticas relacionadas con el juego, las cuales pueden estar naturalizadas e invisibilizadas ya que aparecen como un pasa tiempo a otras actividades, lo que implica que en muchas ocasiones la comunidad perciba un grupo de jóvenes jugando determinado juego de azar en una esquina del barrio todo el día y no lo problematice, lo cual habla de lo naturalizadas que pueden estar este tipo de conductas a nivel social.

Cabe resaltar que las representaciones anteriormente nombradas tienen un punto de encuentro en ambas, la conducta adictiva, que en este caso sería el juego de azar es naturalizada a nivel social y familiar, lo cual sin duda alguna hace que el exceso en estas prácticas sea invisibilizado en ambos entornos y no sea reconocido como riesgoso o como problemático.

Podemos considerar entonces que en ambos casos estas representaciones sociales se constituyen en formas de pensamiento social, tal como lo plantea (Jodelet 1986), donde dichas RS son funcionales socialmente para los individuos, es decir, en el caso de la ludopatía o la adicción al juego, la conducta esta tan naturalizada, arraigada y aprobada a nivel social que se convirtió en una conducta funcional, y debido a esto no se logra concebir como un problema que emerge y que puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental de persona y su entorno.

Adicción a los videojuegos

Esta conducta adictiva se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego "continuo o recurrente" y, aunque todavía no se ha cerrado la definición, la OMS vincula este nuevo trastorno a tres condiciones negativas provocadas por el mal uso de los juegos digitales. En primer lugar, por no controlar la conducta de juego en cuanto al inicio, frecuencia, intensidad, duración, finalización y contexto en que se juega. Segundo, al aumento de la prioridad que se otorga a los juegos frente a otros intereses vitales y actividades diarias. Y tercero, al mantenerse la conducta o darse una escalada "a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas", según el borrador actual que maneja la OMS. El trastorno se refiere al uso de juegos digitales o videojuegos, que se puede realizar mediante conexión a Internet o sin ella.

Es importante resaltar, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocerá por primera vez el trastorno por videojuegos como una enfermedad mental, al incluirlo en su próxima edición de la clasificación internacional de enfermedades (ICD-11) el cual no se actualiza desde 1990. Al respecto (Paznyak 2018: 382) afirma que “los profesionales de la salud deben de reconocer que los trastornos del juego pueden traer consecuencias graves para la salud”.

Sin duda alguna el reconocimiento del trastorno por videojuegos como una enfermedad la salud mental por parte de la OMS, es un gran avance significativo a la hora de reconocer en los escenarios científicos las adicciones comportamentales.

Diversos autores coinciden en que una de las poblaciones más vulnerables en presentar conductas susceptibles de adicción a los videojuegos es la población adolescente. Al respecto Vallejos (2010) en el estudio titulado Videojuegos: adicción y factores de riesgo, afirma que el 86.1% de adolescentes encuestados en su estudio usan los video juegos de manera frecuente, y solo un 13.9% de la población nunca ha jugado, equivaliendo esto a que 8 de cada de 10 adolescentes participantes en el estudio hacen uso de los video juegos.

Cabe resaltar que lo planteado por Vallejos en su estudio, coincide con lo planteados por algunos de los profesionales en salud entrevistados, los cuales también consideran que una de las poblaciones más vulnerables frente algunas de las adicciones no químicas son los adolescentes y jóvenes.

Pues sabemos que los más vulnerables son los adolescentes y jóvenes, ellos son quien está más expuestos a estos tipos de adicciones, pero eso no quiere decir que un adulto intermedio o adulto mayor no genere una adicción de estas, pero los jóvenes son los que

más están expuestos. (Aguirre, N. comunicación personal, 08 de marzo del 2017. psicólogo especialista en adicciones).

Lo más importante es llegar a los colegios y sensibilizar frente a estos temas tan importantes, porque es que son los adolescentes y jóvenes de nuestra ciudad los que más peligro corren, los que más expuestos están a estas problemáticas” (Mira, J. comunicación personal, 22 de octubre del 2017. Médico, gerente Ese Hospital.)

En relación a esta adicción no química, se identificaron algunas RS propias de la población adolescente y juvenil, quienes como se mencionó anteriormente suelen ser los que más practican esta conducta; entre las RS más sobresalientes, se encontró que:

La mayoría de los jóvenes consideran que los video juegos están diseñados para generar adicción, sin embargo, unos pueden ser mucho más adictivos que otros, esto para ellos, depende de la trama del video juego, de los patrones que contenga e incluso de sus colores y diseños.

Yo creo que una persona se vuelve adicta a los videojuegos no solo porque se siente sola, sino también porque hay muchos patrones dentro del mismo videojuego que se vuelven adictivos, por ejemplo los efectos, o la trama, los diseños que tienen, todo eso ayuda a que uno se vuelva adicto. (Joven de 17 años. Grupo focal 1)

Eso es verdad, vea, hay videojuegos que uno juega una vez y umm no quiere volver a jugar, como que no lo enganchan a uno, pero hay otros de los que uno no es capaz de soltarse, es como por la trama que tienen, vea uno a veces se va a la cama pensando en que tiene que pasar ese mundo al otro día o cosas así, (risa). (Joven de 16 años. Grupo focal 1)

Por ejemplo en algunos podría ser la escena, los escenarios, la historia, los gráficos, todo eso hace que uno también se quede hay, porque es que hay video juegos más bacanos que otros pero

dependen es de eso, es que eso como que lo diseñan para que uno se quede pegado ahí. (Joven de 16 años. Grupo focal 2)

Frente a lo cual (Choliz y otro 2011: 419) en el estudio titulado Patrón de uso y dependencia de los videojuegos en infancia y adolescencia, afirman:

Uno de los problemas que se les puede achacar a algunos videojuegos es que inducen a un patrón de juego caracterizado por un consumo excesivo de tiempo, que en algunas personas llega a interferir con pautas de conducta higiénicas o saludables y hasta perturbar las relaciones familiares en algunos casos (Patim, 2009). Es preciso hacer constar que, en gran medida, el patrón de consumo excesivo está favorecido por las propias características que tienen muchos videojuegos y que son, precisamente, algunas de sus principales virtudes: sensación de dominio y autodeterminación, estética agradable y fantástica, feedback de actuación, compromiso con otras personas (en el caso de los multijugador), absorción de la realidad, etcétera. Tanto estas propiedades motivacionales, como las consecuencias derivadas del consumo excesivo, pueden llegar a provocar una imperiosa necesidad de jugar por parte de algunas personas.

Lo planteado por los autores, coincide con la representación social identificada en los jóvenes, ya que no solo desde el conocimiento colectivo de la población existe dicha creencia, sino que esta, tiene un respaldo científico sustentado en estudios como el anteriormente nombrando.

Es de resaltar que (Choliz y otro 2011) en su estudio, señalan muchos otros factores que puede propiciar la adicción a los video juegos, entre los cuales se encuentran: la sensación de dominio que le genera al adolescente o al niño el jugar, así como la sensación competencia, y la absorción de la

realidad, sumado a esto los diseños de escenarios fantásticos, hacen que esta práctica pueda pasar de lúdica a problemática y adictiva.

En esta vía, podríamos decir, que esta representación se enmarca según (Jodelet 1989:66),

[...] en un conocimiento del sentido común, socialmente elaborado, compartido y construido a partir de las experiencias e informaciones que tienen los jóvenes; lo cual se evidencia en la forma en la que argumentan el hecho de que algunos juegos son más adictivos que otros acorde a su historia, trama y diseños gráficos; lo cual, aunque tiene un sustento científico, no deja de ser un conocimiento construido con base en una experiencia colectiva que ha tenido esta población.

Otra RS identificada en la población juvenil es que los videos juegos no siempre son malos, ya que estos pueden llegar a estimular la concentración, la atención y la toma de decisiones. Sin embargo, muchos de los jóvenes reconocen pasar largas horas frente a una consola de video juegos, y en ocasiones perder el límite o el control que se debe tener sobre esta conducta.

A ver, yo pienso que los video juegos no son malos, porque uno al meterse en ese mundo uno aprende cosas también, por ejemplo, un juego de historia, uno aprende de historia, aprende a calcular, pues uno se vuelve un poquito más piloso porque uno debe estar concentrado en lo que va hacer y si no pierdo. (Joven de 17 años. Grupo focal 1)

Yo pienso que los videojuegos no son malos del todo, lo importante es saberlos usar, ósea vea uno puede jugar, pasar bueno, pero no quedarse ahí todo el día, o descuidar el colegio por estar ahí pegado. Pero eso a veces es bueno, y además eso sirve también para uno aprender cosas nuevas (Joven de 15 años. Grupo focal 3).

De cara a lo anterior (Tejeiro y otros 2009), afirman que en los últimos años, numerosas investigaciones han planteado la relación entre el uso de videojuegos y un mejor desempeño en diversas tareas cognitivas. Para ello se han seguido dos líneas de trabajo diferentes. Por un lado, mediante procedimientos correlacionales se ha comparado la ejecución de jugadores habituales o frecuentes, y de no jugadores. Con este procedimiento, se ha informado de que el uso habitual de videojuegos se asocia a una mejor ejecución en pruebas de atención visual, más eficiencia en el cambio de tareas, menor tiempo de reacción en tareas de búsqueda visual, menor tiempo de reacción en discriminación de forma/color, y más eficacia en el seguimiento de objetivos múltiples, entre otras (p. ej., Green y otro 2003; Trick, Jaspers-Fayer y otro 2005). Otros investigadores han llevado a cabo estudios de entrenamiento en los que se distribuye a no jugadores entre dos grupos, experimental y de control, y se asigna el primero a sesiones de entrenamiento con videojuegos, evaluando posteriormente la ejecución en distintas tareas cognitivas. Con este método se ha informado de que la práctica de videojuegos mejora la ejecución en tareas de atención dividida y en tareas de rotación mental (p. ej., De Lisi y otro 2003), entre otras.

Si bien, los videojuegos pueden potencializar algunas tareas cognitivas de los adolescentes y jóvenes, esta, no deja de ser una práctica que de manera excesiva puede ser riesgosa para esta población (Vallejos 2010) ya que puede generar afectaciones para salud física y mental. Muchos de los jóvenes entrevistados reconocieron que el pasar largas horas jugando videojuegos afecta principalmente su relación con los otros, reconociendo muchos de ellos, incluso, que les cuesta hablar con las otras personas después de pasar largas horas jugando.

Y por ejemplo yo, una vez estaba en vacaciones y estaba muy aburrido, y empecé a jugar y pase 15 días enteros jugando, solo jugaba, comía, dormía y al otro día volvía a jugar y fue así todo loco, pero luego dije que no podía seguir así. (Joven de 16 años. Grupos focal 3)

Pues vea, yo después de que pase todo ese tiempo ahí sentado jugando me dio mucha brega volver a hablar con los demás, era como si me pesara la boca, me costaba hablar o no encontraba que decir, era como si ya no fuera capaz de estar en el mundo de ellos. (Joven de 17 años. Grupo focal 3)

Otra representación encontrada en la población juvenil es que la práctica de los videojuegos sirve para relajarse u olvidarse de sus problemas cotidianos y liberar sus energías, en especial aquellas relacionadas con sentimientos de ira.

“Yo por ejemplo también juego todos los días, y digamos que eso me libera, me relaja mucho, por eso lo hago”. (Joven de 15 años. Grupo focal 3)

Pues vea es que eso también le sirve a uno para liberar se la rabia, porque si uno tiene un problema en la casa o en el colegio o cosas así uno como que juega con más rabia y se descarga ahí, y queda livianito, es como si uno dejara ahí los problemas mientras juega. (Joven de 17 años. Grupo focal 2)

Si bien, los jóvenes plantean el uso de los videojuegos como un medio para descarga emocional, muchos autores, por el contrario, relacionan el uso de estos con un alto nivel de agresividad en esta población juvenil.

Los estudios realizados por (Strasburger y otros 2010), indican que en la actualidad más del 50% de los videojuegos tienen un contenido violento, y que de estos más del 90% han sido clasificados como E10-, es decir que son videojuegos con contenidos temáticos para niños menores de 10 años, estos juegos presentan más dibujos animados, fantasías y violencia moderada, uso frecuente de lenguaje moderado y temas mínimamente sugestivos. De esta forma, según los autores, se observa que cada vez

existe mayor tolerancia a la utilización de video juegos que promueven la violencia, especialmente en edades tempranas. (Moncada y otro 2012).

Con base en lo anterior, es posible establecer una relación entre lo planteado por los jóvenes en relación a que los videojuegos les permite descargar sentimientos de ira, y lo planteado por los autores, donde se afirma que el contenido violento de los videojuegos potencializa las conductas agresivas los adolescentes y que cada vez es mayor la aceptación a este tipo de contenidos, pudiéndose encontrar que el hecho de que los jóvenes practiquen videojuegos con contenidos violentos les puede permitir en medio de la trama realizar descarga de algunas emociones relacionadas con la rabia, la ira y la agresividad.

Otra de las RS encontradas tanto en los profesionales en salud como en los jóvenes participantes de los grupos focales es que el género masculino está más expuesto al uso excesivo de los videojuegos que el género femenino. Para los profesionales en salud hay mucha más posibilidad que un hombre se enganchen con ciertos videojuegos que las mujeres, además se considera que gran parte de la oferta existente a nivel de videojuegos está dirigida al género masculino.

Es que tu observas, y son más los hombres que están pegados jugando todo el día que las s mujeres, y esto se debe al tipo de videojuegos que ofertan, generalmente, son violentos, o de futbol, o personajes fantasiosos, lo que hace que sea el adolescente hombre el que se engancha a jugar más tiempo. (Aguirre, N. Comunicación personal, 08 de marzo del 2017. Psicólogo especialista en adicciones).

Yo creo que, si hay más riesgo de adicción a los videojuegos en los hombres que en las mujeres, no sé con qué tenga que ver, yo creería que, con la oferta, casi toda la oferta que hay está dirigida más a este género. (Maylin., comunicación personal, 19 de 02 de 2017).

Para mí si juegan más los hombres que las mujeres, es que uno le dice a una amiga que vamos a jugar play y dice que no, que le da pereza, o si juega lo hace solo un ratito y luego se va, en cambio con los parceros hombres si es mejor, uno se pone a jugar con ellos y no para (risa). (Joven de 15 años. Grupo focal 2)

De acuerdo con lo anterior, (Vallejos y otro 2010) en el estudio titulado *Videojuegos: adicción y factores de riesgo*, afirman que de 375 jóvenes encuestados, el 94.7% son varones y el 70.6% son mujeres. Estos resultados, se encuentran muy cercanos a los datos reportados en muestras españolas donde el 72,9% de varones y 43,4% de mujeres declaraban usar el video juegos.

Para (Mejía 2002) el uso de videojuegos es un comportamiento cultural claramente masculino (los varones juegan el doble). Esto hace que el mercado se organice para los varones, y así se refuerza la tendencia de género.

Lo anteriormente planteado por los autores coincide con la RS encontrada en la población entrevistada, por lo tanto es posible considerar que los adolescentes y jóvenes de género masculino pueden estar más expuestos o vulnerables a este tipo de conducta susceptible de adicción a diferencia del género femenino, esto, sin desconocer que este género también pueda desarrollar patrones de conducta adictivos en relaciona los videojuegos, sin embargo la oferta de consumo esta mayormente dirigida a los hombres.

En resumen, el uso de los videojuegos suele ser una práctica susceptible de adicción si se realiza de manera frecuente y sin ningún control sobre la misma, dicha práctica es reconocida tanto por los profesionales en salud como por los jóvenes participantes en la investigación como una conducta con mayor presencia en la población adolescente y juvenil de la ciudad de

Medellín, la cual es considerada por algunos autores en el tema, como la población más vulnerable para este tipo de adicciones.

Así mismo se identificaron algunas representaciones sociales propias de la población juvenil participante de la investigación, en las cuales se considera que algunos videojuegos pueden llegar a ser más adictivos que otros, lo cual según la población depende de la trama, el diseño, y los escenarios del videojuego. De igual modo se identifica la RS de que el género masculino es más propenso a generar uso excesivo de los videojuegos a diferencia del femenino. Cabe resaltar que esta conducta en sí misma no se considera problemática, pero el exceso en el uso de esta puede generar afectaciones en la salud mental de los adolescentes y jóvenes, afectando principalmente el área psicosocial, ya que una de las consecuencias de esta conducta adictiva es el aislamiento social, el cual a largo plazo puede generar un impacto significativo en las relaciones interpersonales de esta población.

Adicción a la comida

Para entender este tipo de adicción, es válido tener en cuenta lo que sostiene (Fernández y otro 2010:6)

[...] la sobre ingesta voraz de comida, reflejo de la adicción a la comida, supone la presencia regular de atracones sin control por parte del sujeto. Éstos se inician de una forma brusca, precedidos de una sensación de hambre voraz incontenible, y suponen la ingestión - habitualmente en solitario o a escondidas- de una gran cantidad de alimentos (sobre todo, pasta, chocolate, dulces u otros productos de alto valor calórico, como patatas fritas) en un período corto (20-60 minutos) hasta que el sujeto se encuentra desagradablemente lleno. El consumo de calorías en cada atracón puede oscilar de 1.500 a 5.000 (Fairburn 1998). Los efectos de los atracones son gratificantes de inmediato (reducción de la inquietud y sensación de euforia), pero

a los pocos minutos generan un nivel de malestar físico (dolores abdominales, somnolencia, sensación de pesadez, etc.) y de desasosiego psicológico (sentimiento de culpa ante la pérdida de control, descenso de la autoestima, estado de ánimo deprimido, profundo malestar al recordar el atracón, etc.). A su vez, este nivel de malestar hace más probable la aparición de nuevos atracones, que, a modo de auto terapia, consiguen reducir -sólo momentáneamente- el malestar. La adicción a la comida supone un ansia por ingerir alimentos -atracción irresistible y sensación de no parar-que, si se frustra, genera ansiedad o irritabilidad.

La adicción a la comida se constituye en el proceso de investigación, como una con más alta frecuencia de mención, por parte de los participantes, tan por los profesionales en salud como por los jóvenes entrevistados. Ambas poblaciones consideran que esta es una de las conductas adictivas de carácter no químico con mayor presencia en la ciudad de Medellín. A continuación, se presentaran algunas de las RS más frecuentes encontradas en ambas poblaciones.

Una de las representaciones sociales más relevantes en la población investigada, es la relación entre la adicción a la comida y la obesidad, tanto para los profesionales en salud como para los jóvenes la obesidad es una consecuencia de la adicción a la comida, estableciendo así una relación directa entre ambas. De igual modo ambos grupos poblacionales nombran la depresión, la ansiedad, la baja auto estima y el bullying como posibles consecuencias de la obesidad y por ende de la adicción a la comida.

Pero hay personas que comen no solo porque les da hambre, sino que comen por depresión, entonces como que se calman es comiendo y comiendo, yo me vi un caso así en estos días, y yo creo que así si es un problema muy grave, porque ya se vuelven obesos y todo eso. (Joven de 17 años. Grupo focal 2)

Otro joven aduce,

¡Uy sí! lo que yo decía, si alguien es obeso por una adicción a la comida, la molestan en los colegios, le ponen apodos, y eso si trae muchos problemas psicológicos, incluso hay personas que se intentan quitar la vida. (Joven de 17 años. Grupo focal 2)

Por su parte los profesionales dicen:

En Medellín hay cada vez más personas obesas, hay cada vez más personas sufriendo de un trastorno que se llama trastorno por atracón que es eso, atracones de comida, una adicción a la comida que no se puede parar". (P2: psicólogo, especialista en adicciones).

Bueno y otra por la que si se consulta mucho es por problemas relacionados con la comida, muchas personas que comen compulsivamente, y llegan con problemas de obesidad o problemas cardiacos a consulta, los cuales en muchas ocasiones vienen derivados de conductas adictivas como estas. (P3: enfermera profesional).

La obesidad sin duda alguno es un gran efecto colateral de la adicción a la comida, pero lo que pasa en nuestra cultura es que lamentablemente nos centramos en el problema, en el síntoma, pero no es las causas, detrás de muchos problemas de obesidad lo que hay realmente es una adicción a la comida. (P5: Médico, gerente Ese Hospital)

Las afirmaciones, evidencian como tanto los profesionales en salud y los jóvenes de la ciudad de Medellín establecen una relación directa entre la adicción a la comida y la obesidad, sin embargo esta relación no es solo planteada por la población participante de la investigación. Diversos estudiosos del tema, también consideran la obesidad con una consecuencia de la adicción a la comida, la cual a su vez afecta de manera directa la salud pública de la población en general.

Para (Echeburua 1999) en su libro *Adicciones sin drogas... las nuevas adicciones*, la sobre ingesta compulsiva de comida suele venir acompañada de una mayor o menor obesidad, sin embargo el autor, resalta que no es lo mismo comer mucho a ser adicto a la comida. En el primer caso no hay alimentos prohibidos en la dieta y hay una tendencia a comer lentamente y saborear la comida; en la sobre ingesta, por el contrario, la ingestión de alimentos está controlada más por los reforzadores negativos (alivio del malestar) y por las gratificaciones positivas (placer de la comida, actividad social compartida, etc.)... En cierto modo, la comida para los adictos se convierte en el eje central de sus vidas.

De igual modo, (Gempeler 2005: 244), refiere que entre el 25 y el 30% de personas que presentan trastornos por atracones pueden ser obesos y con respecto a esto, la autora afirma:

El trastorno por atracones comparte criterios del trastorno de la conducta alimentaria, pero lo hace también con la obesidad. Los pacientes con este trastorno y obesidad presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica que los pacientes obesos sin trastorno por atracones. Una de estas comorbilidades es la depresión, muy probablemente relacionada con sentimientos de pérdida de control y poca autoestima.

Con base en lo anterior, es posible pensar la relación entre la obesidad y la adicción a la comida o los trastornos por atracones, si bien ambas conductas no son la única causa de la obesidad, su existencia sí genera un riesgo para la aparición de una enfermedad que a la fecha es considerada una de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) con mayor impacto para la salud de la población a nivel mundial.

Según (Peña y otro 2001:106) Entre las ECNT:

La obesidad merece especial atención, ya que es en sí misma una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo de muchas otras. El estudio y abordaje de la obesidad no pueden desligarse de los de otras ECNT por diversas razones: 1) porque comparten algunos factores causales y subyacentes comunes, como la alimentación inapropiada y el sedentarismo; 2) porque al identificar a los sujetos obesos se está identificando a una alta proporción de los sujetos en riesgo de padecer otras ECNT; 3) porque al prevenir la obesidad mediante la promoción de estilos de vida saludables, se previenen la mayoría de las ECNT; y, por último, 4) porque al tratar al obeso se disminuye el riesgo de que sufra complicaciones y también se reduce el efecto mediador que tiene la obesidad en relación con otros factores de riesgo.

De acuerdo con lo expresado en párrafo que antecede, es posible comprender el impacto que puede traer la comorbilidad entre un trastorno por atracón y la obesidad, puesto que esta puede generar otras enfermedades tanto para la salud física, y mental de una persona.

De igual modo (Echeburua 1999), confirma lo planteado por los jóvenes en relación a las consecuencias psicológicas de esta adicción, ya que según el mismo, existe una relación bidireccional entre la adicción a la comida y los trastornos psicopatológicos, en concreto, a veces la sobre ingesta compulsiva genera trastornos de ansiedad, depresión y dificultades interpersonales y familiares, así como inestabilidad emocional y un descenso en la autoestima.

Lo planteado por los autores, confirma la representación social nombrada tanto por los jóvenes como por los profesionales en salud. Basados en lo planteado por Jodelet (1989), podemos decir que esta representación social

en un conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de la tradición, la educación, y la comunicación social.

Otra RS identificada en relación a la adicción a la comida, es que las personas comen de manera compulsiva como un soporte o escape a sus problemas, o para compensar la ansiedad generada por otras adicciones. Al respecto, la población entrevistada considera que el hecho de que la cultura Antioqueña tenga tanta permisividad con la alimentación en gran escala, hace que muchas personas coman de manera compulsiva como síntoma de evasión a sus realidades cotidianas.

Y yo lo que he visto es que la comida también se vuelve como un soporte para muchas personas, por ejemplo yo tenía un amigo que fumaba cigarrillo y lo dejo y desde que lo dejo empezó a comer y comer, y él se siente ansioso y lo que hace es comer como loco, entonces lo que hizo es que dejo una adicción por otra. (Joven de 17 años. Grupo focal 3).

En nuestra cultura la comida lo atraviesa todo, y siempre un sinónimo de bienestar es comer bien, y eso hace que muchas personas cuando se sientan mal quieran comer y comer más, porque creen que con comer estarán mejor, me entiendes?, La comida se convierte en un escape, en una puerta de salida. (P1: Psicóloga, Mg. en salud mental)

El tema de la comida es en nuestro medio es cultural, y más en Antioquia, aquí se come por todo, y eso hace que una persona en medio de la angustia acuda a la comida, como una manera de equilibrio o de sostén en, ¿si me entiendes? Y esto se hace que sea una conducta normal para la gente. (P3: Enfermera profesional)

Con relación a lo anterior, es importante tener presente como diversos autores tales como (Sanz 2008), afirman que la relación de las personas con la comida y la figura corporal están altamente influenciadas por la cultura, lo cual puede dificultar la comprensión de conductas como la sobre ingesta

alimentaria o la adicción a la comida, ya que existe una gran variación de valores culturales y de prácticas concernientes a la comida, que dependen de la idiosincrasia de cada territorio o país. Es decir, no es posible abordar una práctica como la adicción a la comida en la ciudad de Medellín sin comprender las prácticas culturales que la rodean.

Frente a esto, (Sanz 2008 citado por Mandich y otros 2012:186), sostiene,

El acto de comer deviene de uno de los modos más evidentes de interconexión entre procesos biológicos, sociales, psicológicos y culturales, existiendo dos dimensiones esenciales al comer: la primera se extiende de lo biológico a lo cultural, de la función nutritiva a la función simbólica; la segunda, de lo individual a lo colectivo. De esta manera, el ser humano biológico y el ser humano social estarían intrínsecamente relacionados en el acto alimentario.

Coincidentemente con lo anterior, (Cordella 2008) propone que el comer es una conducta de relación con otros, consigo mismo y con los alimentos. En este sentido, se come haciendo ingesta, es decir, introduciendo alimentos a la boca, tragando y llenando el estómago, pero también se come haciendo rituales, corporizando una cultura y compartiéndola con otros.

Lo referido por los autores, confirma la relación que establece la población entrevistada entre la adicción a la comida y algunos factores socioculturales que promueven una alimentación abundante como sinónimo de bienestar en los habitantes de la ciudad de Medellín. En nuestra cultura es común encontrar personas que presentan una sobre ingesta de alimentos buscando sentirse bien o calmar episodios de ansiedad enmarcados en su vida cotidiana, sin embargo, esta conducta, al estar enmarcada en una práctica sociocultural aceptable no es percibida como riesgosa por la persona que la realiza ni por su entorno cercano, lo que implica que no se pueda generar acciones de control sobre la misma y que dicha conducta se incremente, corriendo el riesgo de convertirse en un trastorno por atracón o

una posible adicción a la comida. Sin embargo y como ya se mencionó los síntomas de esta conducta susceptible de adicción pueden pasar desapercibidos frente a los ojos de quien la padece y su entorno, esto debido a que culturalmente es una práctica con alta aprobación social, la cual incluye creencias tales como que el comer mucho es sinónimo de salud, así como también incluye dietas con altos contenidos de calóricos, muestra de esto son los platos típicos de la región, como por ejemplo la “bandeja paisa”, un plato con alto calórico.

Es por esto, que es importante considerar como las prácticas culturales en relación a la comida de la población Medellínense pueden llegar a influenciar la presencia de conductas patológicas como el trastorno por atracón o la adicción a la comida y la comorbilidad que estas conductas puedan tener con enfermedades como la obesidad. Al respecto la encuesta de situación alimentaria ESIN (2010), señala que uno de cada dos colombianos tienen exceso de peso u obesidad, así mismo la encuesta refiere que el 17.5% de niños y adolescentes entre 5 y 17 años sufren de exceso de peso, y el 13.4% de sobre peso u obesidad.

De igual modo, y retomando lo planteado por (Echeburua 1999) en donde se nombra la adicción a la comida como una sobre ingesta compulsiva que busca inicialmente calmar sensaciones de ansiedad y malestar, aunque posterior a esto, se generen sentimientos de culpa y desosiego para lo cual la persona necesitara nuevamente iniciar el círculo compulsivo; podría pensarse entonces, que aquellas situaciones generadoras de ansiedad y malestar pueden convertirse en un factor detonante para iniciar este círculo adictivo, lo cual sin duda alguna es una acción reforzada por la cultura Antioqueña en la que el comer de manera abundante está totalmente naturalizado. Es decir, una persona que enfrenta determinada situación de malestar puede, frente a la misma detonar una conducta adictiva relacionada con la comida, la cual a su vez puede estar siendo reforzada por la cultura en la cual está la persona.

Por último, aparece una RS plantea el “dejar de comer” como una manifestación de los trastornos alimentarios, la cual la población entrevistada la relaciona con la adicción a la comida.

Para mí el dejar de comer también es una adicción, porque aquí también pasa mucho eso, pues se ven los dos extremos, hay mucha anorexia o bulimia por que las mujeres se empelliculan con estar flacas. (Joven de 15 años. Grupo focal 1)

A consulta llegan muchas personas que comen compulsivamente, y llegan con problemas de obesidad o problemas cardiacos, o también se ve jóvenes que dejan de comer, y se vuelven anoréxicas o bulímicas, y yo creo que estas problemáticas uno las puede catalogar también en lo que es la adicción a la comida. (P3: Enfermera profesional)

Es necesario resaltar en este apartado, que los estudiosos del tema tienen diversas posturas, sin embargo, (Echeburua 1999:46), uno de los autores referenciales para esta investigación, afirma que,

La adicción a la comida en sí misma es distinta a la bulimia. En esta última se recurre a los vómitos inducidos y al consumo de laxantes /diuréticos o al ayuno y ejercicio intenso, hay una percepción distorsionada de la imagen corporal y hay una preocupación morbosa por el peso. Por el contrario en la sobre ingesta compulsiva se producen atracones recurrentes sin la conducta compensatoria inapropiada, (purgas, ayuno o ejercicio físico excesivo) típica de la bulimia nerviosa. Respecto a la imagen corporal, puede haber en todo caso, más un desagrado o insatisfacción por el tamaño del cuerpo que la presencia de distorsiones graves de la imagen corporal propiamente dichas.

Queda claro entonces que lo planteado por los participantes, es una forma de pensamiento social, que busca explicar acontecimientos de la realidad cotidiana. (Jodelet, 1986).

En resumen, es posible considerar la adicción a la comida como una de las adicciones comportamentales con mayor incidencia en la salud pública de la población Antioqueña, ya que esta puede considerarse un factor detonante de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, la que a su vez puede tener alta comorbilidad con otras ECNT tales como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes.

De igual modo esta adicción conto con diversas representaciones sociales enmarcadas principalmente en la relación que la población entrevistada establece entre la adicción a la comida y la obesidad, así como, la influencia que tienen ciertas prácticas y creencias culturales relacionadas con la comida en la ciudad de Medellín en la aparición de posibles trastornos por atracones o conductas susceptibles de adicción a la comida.

Adicción al sexo

(Echeburua 1999: 35-36), manifiesta que,

La adicción al sexo se convierte en una obsesión para la persona de la que le resulta difícil desprenderse y que compromete seriamente el funcionamiento cotidiano. Hay personas sanas que la motivación sexual es muy baja, y otras en cambio en que es muy alta. Sin embargo, la adicción al sexo, a diferencia de la sexualidad alta, se caracteriza por que el objetivo de persona es más la reducción del malestar que la obtención de un placer. El sexo se convierte en un remedio para reducir la ansiedad y la actividad sexual se transforma en algo morboso y obsesivo.

En el caso de la adicción al sexo, la vorágine del sexo sin control lleva al abandono de las obligaciones familiares, sociales y laborales. La vida sexual se vive en secreto y con culpa, la depresión e incluso las ideas de suicidio están asociadas a este tipo de conductas.

Cabe resaltar que la sexoadicción afecta más a hombres que a mujeres. Los datos epidemiológicos disponibles son aún muy provisionales. Según la Society for the Advancement of Sexual Health (2012), entre el 3% y el 5% de las personas en la sociedad norteamericana pueden ser consideradas como sexoadictas. De igual modo, acorde al estudio epidemiológico llevado a cabo en Suecia (Langström y otro 2006), el 12,1% de los hombres y el 6,8% de las mujeres podían calificarse como hipersexuales. Además, es una adicción invisible: a diferencia de otras adicciones químicas, no se nota ni en la cara ni en el exterior de la persona ni queda reflejada en los análisis de sangre u orina. (Echeburua 2012).

En el proceso investigativo la adicción al sexo es otra de las nombradas por la población tanto en las entrevistas semi estructuradas como en los grupos focales, lo cual permitió identificar algunas representaciones sociales en relación a esta práctica adictiva.

Entre las RS encontradas por la población entrevistada están:

Los jóvenes encuentran una relación directa entre la adicción al sexo con la pornografía, para ellos esta es una de las prácticas adictivas relacionadas con la adicción al sexo más frecuente para su edad, de igual modo, los jóvenes consideran que la tecnología ha acercado significativamente esta práctica a su cotidianidad, puesto que a través de los celulares y las redes sociales todo el tiempo tienen acceso a esta.

Yo creo que la pornografía también es muy frecuente, y es está relacionado con la tecnología, porque ahora a uno por whatsapp le llega a uno imágenes o videos porno, o los muchachos desde el

celular entran a ver porno en el colegio, no es que ya eso se ve en todas partes. (Joven de 16 años. Grupo focal 3)

Sí, eso es verdad, a mí todos los días me llegan videos porno al whatsapp, hasta los familiares adultos le mandan a uno eso, y pues uno si los ve, pero es que ya no es como antes que había que buscarlo, o que eso era todo escondido, ya no. (Joven de 17 años. Grupo focal 3)

Por su parte, los profesionales en salud también consideran que una de más maneras en las que más se evidencia la adicción al sexo en la ciudad es a través de la pornografía, ya que esta es una práctica que se realiza de manera clandestina.

Yo creo que indudablemente la pornografía es una de las amenazas más fuertes a la hora de hablar de la adicción al sexo, las personas pueden acceder a ellas todo el tiempo desde sus celulares o sus computares, ya no es como antes que solo se compraban revistas o cosas así, y eso ha hecho que esta práctica aumente mucho más. (P4: psicólogo, especialista en adicciones)

(Vasco y otro 2016) en el texto titulado Adicción a la pornografía, causas y consecuencias, afirman que la pornografía hace referencia al material sexualmente explícito producido profesionalmente, cuyo principal objetivo es excitar sexualmente al espectador. Los autores afirman que las personas adictas a la pornografía pueden pasar largos períodos de tiempo visualizando imágenes, videos y demás material pornográfico, situación que puede llevar al aislamiento social, a experimentar depresión severa, neurosis y cambios impredecibles de ánimo. Esto ocurre debido a que en la actualidad existe una gran cantidad de páginas con alto contenido sexual en internet, a las cuales se puede ingresar de manera gratuita, lo que permite al adicto satisfacer su necesidad en cualquier momento y lugar únicamente con tener un dispositivo con acceso a internet. Debido a lo anterior, se deben

establecer medidas de control para evitar la proliferación del material pornográfico.

Por último, (Vasco y otro 2016) sostienen que,

Dicha industria es un fenómeno generalizado principalmente en los adolescentes, la mayoría están expuestos a ella a través de la red informática, ya sea voluntaria o involuntariamente y a una edad más o menos prematura (Bulot y otros 2015). Según Rasmussen y Bierman (2016), a medida que los niños crecen, el uso de pornografía aumenta dramáticamente. El uso excesivo de estímulos sexuales visuales es el más frecuente problema de comportamiento hipersexual (Prause, Steele, Staley, Sabatinelli y Hajcak, 2015). Además, la pornografía se ha vuelto cada vez más aceptable, tanto jurídica como culturalmente, el nivel de violencia y degradación hacia la mujer se ha intensificado (Jensen & Ockinga, 2004).

La pornografía está fuertemente ligada con la práctica de la masturbación, conducta sexual frecuentemente asociada a la culpabilidad sexual (Sierra, Perla, y Gutiérrez-Quintanilla, 2009). El exceso de masturbación puede generar en el individuo depresión, estrés, ansiedad e inestabilidad emocional, desórdenes de atención y mente ausente, memoria insuficiente, sensibilidad a la luz, erección débil e impotencia sexual, esterilidad, prostatitis o uretritis, eyaculación precoz, desórdenes neurológicos, de sueño y digestivos (Shekarey, Rostami, Mazdai & Mohammadi, 2011; Sierra, Monge, Santos-Iglesias, Quevedo-Blasco, Bermúdez, & Buela-Casal, 2013).

Con base en lo anterior, es posible considerar la pornografía como una práctica adictiva relacionada con la adicción al sexo, y que además, según lo planteado por la población entrevistada y por los autores citados, es una de las más frecuentes en este rango de edad, puesto que el fácil acceso que tienen a esta a través de las redes sociales y de la tecnología en general, hacen que esta práctica sea perpetuada en la cotidianidad de los jóvenes de

la ciudad de Medellín. Sin embargo es importante resaltar que el hecho de que los jóvenes vean pornografía no es un problema como tal, pero la facilidad con la acceden a esta, si puede convertirse en un factor de riesgo para desencadenar una conducta adictiva de carácter sexual.

En esta vía, (Echebura 2012), brinda aportes significativos en relación el tema, planteando que la llegada de Internet no ha hecho más que complicar el panorama. No se trata solo de las webs del ciberporno, sino de la práctica desinhibida del sexo con personas desconocidas, que está más al alcance de la mano gracias a la facilidad de contactos que se establecen en la Red. Se trata en muchos casos de relaciones indiscriminadas de tipo kleenex (de usar y tirar), que responden a una necesidad percibida como desbordante e incontrolable por parte del sujeto.

El sexo por Internet, que ofrece todas las variantes imaginables, tiene una demanda creciente por su gran capacidad para producir enganche adictivo. Así, el ciber sexo triunfa por ser accesible, anónimo y asequible, por fomentar la fantasía y por ser una vía de escape para las personas más tímidas, en la cual se considera adicción: a) pasar muchas horas en los chats eróticos o buscando ciber sexo; b) buscar personas anónimas para desarrollar fantasías sexuales que normalmente no se realizan en la vida real; c) alternar el ciber sexo con los teléfonos eróticos; d) masturbarse mientras se está en un chat erótico; y e) preferir obtener el placer sexual en Internet antes que en la relación con la propia pareja.

Lo anterior, lo confirma uno de los participantes de la investigación, diciendo:

Claro, es que ya eso le llega a uno, vea uno está tranquilo estudiando o haciendo algo, sonó un wssp y uno mira y es un video porno, y pues ya uno se pone a verlo (risa)... Pero si me entiende, eso ya no es

como antes que uno buscaba el porno, ya se lo mandan a uno. (Joven de 17 años. Grupo focal 3)

Queda claro entonces, como la pornografía se ha posicionado como una práctica que puede convertirse en potencialmente adictiva, y que la facilidad que hay para el acceso de la misma hace que cada vez los adolescentes y jóvenes estén vulnerables frente a ella. Cabe resaltar que dicha adicción se considerada solo como una manifestación de la adicción al sexo, ya que esta última contempla también otro tipo de conductas sexuales.

Otra de las representaciones encontradas específicamente en la población juvenil entrevistada hace alusión a la baja percepción de riesgo que tiene la población frente a esta conducta susceptible de adicción, ya que para ellos esta conducta es menos problematizada en relación a otras prácticas adictivas presentadas en la ciudad, que según los jóvenes pueden generar más afectaciones para la salud de una persona.

Pues en el tema del sexo no estoy tan experimentado la verdad, pero no me parece que sea algo tan malo como la comida o como las otras adicciones, creo que esa es una adicción más inofensiva. (Joven de 15 años, Grupo focal 3)

Yo la verdad no le veo nada de malo al sexo, ojala uno lo pudiera hacer siempre (risa) eso no le hace daño nadie, y tampoco creo que afecte la salud de una persona, todo el mundo tiene sexo y no pasa nada, antes la gente vive más feliz. (Joven de 17 años, grupo focal 1)

Esta RS, se refiere a la naturalización de esta conducta en la población juvenil solo porque produce placer, y por qué sus consecuencias o implicaciones no son tan notorias para ellos como en otras prácticas adictivas en las cuales la salud física, mental y la corporeidad o imagen física se puede ver afectada.

Lo anterior sin duda alguna, es una forma de pensamiento social, la cual no necesariamente coincide con los estudios realizados frente al tema, los cuales demuestran que esta adicción genera un grado alto de sufrimiento y autodestrucción. Según (Echeburua 2012), se trata de una adicción más vergonzante y menos confesada que otras, lo que lleva a la soledad y a un intenso sentimiento de culpa. De este modo, en una espiral sin fin, el sexo cada vez va ocupando más espacio en la vida y en el pensamiento del sujeto y acaba por destruirlo (divorcio, ruina, suicidio) (Miner y otros 2007; Nelson y otro 2008). En resumen, la vida sexual se vive en secreto y con culpa. Si hay ausencia de mentiras, no se da una verdadera adicción. Se trata de personas capaces de llevar una doble vida. Una vez establecida la adicción y con la conciencia de la pérdida de libertad, los sexoadictos sufren ansiedad, dejan de sentir placer y viven su situación con vergüenza, soledad y pérdida de autoestima (Kafka 2010: 378).

Sin duda alguna el sexo es un tema que culturalmente está cargado de diversos tabú e imaginarios sociales, los cuales también atraviesan la conducta adictiva relacionada con el sexo y la incapacidad que en muchas ocasiones tiene la persona para pedir ayuda o reconocer que tiene un problema de esta índole. Desde una mirada socio antropológica de la sexualidad (Maldonado 2003) es posible comprender como los diversos roles sociales impuestos cultural e históricamente y que a su vez permean la manera en la cual tanto el género masculino como femenino se comporta en el medio y como estos incluso viven su sexualidad, es posible comprender como esta última está influenciada por una construcción cultural e histórica, y si una persona independiente de su género y su elección sexual tiene determinada practica que se sale de estos estereotipos sociales entonces será juzgada y señalada por su entorno.

Dicho de otra forma, las diferentes representaciones sociales en relación al ser “hombre”, el ser “mujer” y el “sexo” influyen de manera directa en la persona que presenta determinada práctica adictiva relacionada con el sexo,

o que presente una adicción al sexo como tal. Esto hace, que como lo menciono (Echeburua 2012) anteriormente, la adicción al sexo sea una de las más vergonzosas, silenciosas e incluso invisibles a nivel social, no porque no exista, sino porque cuesta reconocerla.

Para concluir, se puede decir que frente a la adicción al sexo aparecen una serie de representaciones sociales enmarcadas principalmente en la relación que establece la población entrevistada entre esta adicción y la pornografía, la cual según puede considerarse una de las practicas adictivas relacionas con el sexo más frecuentes en la población juvenil, debido a la facilidad de acceso que ha posibilitado el uso del internet, los teléfonos móviles y las redes sociales.

Es impórtate tener presente el estudio planteado por (Vasco y otro 2016), en el cual plantean como la adicción al sexo y algunas prácticas como la pornografía y la masturbación pueden generar en una persona depresión, estrés, ansiedad e inestabilidad emocional, desórdenes de atención y mente ausente, memoria insuficiente, sensibilidad a la luz, erección débil e impotencia sexual, esterilidad, prostatitis o uretritis, eyaculación precoz, desórdenes neurológicos, de sueño y digestivos. Es decir, la adicción a conductas sexuales puede tener implicaciones para la salud mental y física de una persona, lo que a su vez estará afectando su entorno cercano, sus relaciones interpersonales, familiares y en especial relaciones de pareja.

De igual modo, es preciso comprender que esta práctica adictiva puede convertirse en causante de otras enfermedades relacionas con la salud pública de la población Antioqueña, en especial con aquellas que tienen que ver con las ITS, el VIH-SIDA y embarazos no planeados.

Hay relación por ejemplo con la hipersexualidad o la ninfomanía y la incidencia con el VIH, y es porque son impulsos erráticos donde la

persona no siempre está en la capacidad de detener el acto sexual sino tiene un método de protección a la mano, entonces esta sí es una conducta de riesgo, no solo para las ITS y el VIH sino también para los embarazos no planeados. (P6: Epidemióloga)

El Instituto Nacional de Salud reveló que en Colombia para el 2016 se presentó un total de 302 casos de muertes por VIH-SIDA, así mismo señaló que el principal porcentaje de esta infección de transmisión sexual se encuentra en el departamento de Antioquia, cuya capital es Medellín, seguidos por el Valle de Cauca y Atlántico. Con base en estas cifras es importante preguntarnos hasta qué punto la hipersexualidad o la adicción al sexo pueden tener una presencia significativa en el departamento de Antioquia, lo cual podría estar siendo un factor detonante de enfermedades con alto interés para la salud pública como lo son las ITS y el VIH.

Cabe resaltar que si bien, las hipersexualidad no es el único causal de contagio de las ITS y VIH-SIDA, diversos autores, entre ellos Echeburua (2010) si consideran esta conducta como un factor determinante y de riesgo para contraer dichas enfermedades.

Adicción al internet

La adicción al internet, sin duda alguna, es una de las adicciones comportamentales más nombradas en la actualidad, de hecho es una de las adicciones con mayores referencias bibliográficas. Autores como (López 2004; Carbonell y otros 2012; Méndez y otro 2014); entre otros han logrado dar aportes significativos frente al tema.

Los avances tecnológicos han acercado el exceso a internet a la mayor parte de la población, permitiendo que se pueda acceder a la “red” desde un teléfono móvil, una Tablet, o un computador portátil, logrando con esto que

las personas puedan estar “conectadas” desde cualquier lugar donde se encuentren. Y es justamente esta facilidad en el acceso a internet la que a potencializado las conductas adictivas de carácter no químico en algunos grupos poblacionales.

Esta adicción, supone pues, acorde a lo planteado por (Luengo 2004), un deterioro en el control del uso del internet que se manifiesta como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Es decir, la persona “netdependiente” realiza un uso excesivo de Internet lo que le genera una distorsión de sus objetivos personales, familiares o profesionales.

Así mismo, (Prestes 2008 citado por Mendoza y otro 2014), menciona que el hecho de que el término adicción al internet aún no se encuentre en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV, no anula su existencia o la posibilidad de ella, ni tampoco su probable estatuto patológico; ya que en la actualidad existen muchos jóvenes y adolescentes que parecen estar “atrapados” en la red, y aunque ellos tengan presentes la problemática a la cual se enfrentan es muy difícil afrontar a sus familiares o al contexto social con respecto a dicha situación que están presentando. Por otro lado se debe tener presente que la adicción al internet está vigente sobre todo en los jóvenes, pues como lo menciona (Ortiz 2011), son muy susceptibles a convertirse en adictos al internet, ya que pasan mayor tiempo conectados a la red y sobre todo son más susceptibles a ser envueltos a la fascinación de los mundos virtuales adoptando esto como parte de su vida y dejando de lado el mundo real en el cual están inmersos, pero sobre todo es a través de este medio por el cual en ocasiones evaden sus problemas personales o sociales de manera gradual.

De igual modo (Mendoza y otro 2014), refiriéndose al abuso del internet, afirman que en ocasiones los adolescentes y jóvenes tienen modalidades específicas en el uso del internet, las cuales son susceptibles de dependencias, tales como: páginas de juegos, cibersexo, y compras en línea.

Los autores refieren algunas categorías de adicción al internet basado en lo planteado por (Espinoza 2007), así,

Uso compulsivo: sitios con servicios o contenido específico, como comercio electrónico, juegos de azar y juegos en línea; por lo regular estos sitios son algo que se frecuentan con bastante regularidad por los usuarios, puesto que permiten acceder de manera inmediata a servicios que se requiere en algún momento en específico y sobre todo se accede con la única finalidad de conocer o buscar artículos a menor precio y buena calidad. Del mismo modo, los juegos de azar o en línea se ofrecen de manera gratuita y novedosa, y sobre todo dan la posibilidad de interactuar con otras personas en un momento en específico, y todo las veces que el usuario lo requiera.

Vagabundos electrónicos: navegan sin rumbo fijo, saltando de sitio en sitio sin temáticas definidas, son usuarios que principalmente se conectan al internet para visitar algún sitio sin ningún fin o meta, y tienden a recolectar demasiada información, videos, libros o cualquier cosa que encuentren en la web.

Relaciones virtuales: chats, grupos de noticias, foros de discusión, blogs y redes sociales, que llevan a amistades o relaciones amorosas vía internet.

Como se mencionó anteriormente, esta es una práctica adictiva de carácter comportamental frente a las cuales la comunidad en general tiene mayor sensibilidad, lo cual permitió que los jóvenes y los profesionales de salud, en el proceso de recolección de la información se identificaran de manera personal con el tema.

Las representaciones sociales más significativas en relación a esta adicción fueron:

La adicción al internet afecta directamente las relaciones interpersonales de las personas, de igual modo esta práctica adictiva han influenciado de manera negativa las tradiciones familiares de la cultura Antioqueña.

En Antioquia, en particular e a ciudad de Medellín, es común ver como las familias se reúnen los fines de semana o en fechas especiales a compartir espacios de integración familiar. Los cuales la mayor parte del tiempo están en torno a la comida, se preparan diferentes recetas gastronómicas propias del territorio y los miembros de la familia comparten, cuentos e historias, bailan e incluso practican algunos juegos de azar. Sin embargo para los jóvenes entrevistados, esta tradición familiar se ha visto afectada por la aparición del internet, ya que para ellos el nivel en el que se compartía con los miembros de la familia ha cambiado debido a que en la actualidad la mayoría pasan en silencio navegando en sus redes sociales por el celular, o queriendo tomar fotos para mostrar en sus redes lo que están haciendo.

Es que ya uno no interactúa como antes, por ejemplo, en las reuniones familiares, antes se reunían a contar historias y todo, ahora no, eso medio hablan por estar ahí pegados del celular, es que ni los abuelitos de uno se salvan de eso. (Joven de 17 años. Grupo focal 3)

Pero es que uno no puede perder las tradiciones buenas, por ejemplo, uno no puede permitir que las reuniones familiares se trasformen al punto de que ya no hablen entre ellos por estar pegados del celular, además yo pienso que la tecnología no es buena, la tecnología es un idiotizador de gente, eso idiotiza a la gente. (Joven de 16 años. Grupo focal 3)

Digamos que el internet a llegado para romper un poco con algunas tradiciones, de una u otra manera el internet a cambiado dinámicas

familiares, por ejemplo el comer en la mesa, antes se comía en la mesa y todos hablaban, ahora todos están pendientes del celular a ver si les entro un nuevo mensaje o si le dieron like a una foto. (P6: Epidemióloga)

Los testimonios anteriores evidencian la representación social que tiene la población frente a la influencia que puede llegar a tener el uso indebido o excesivo del internet en la tradiciones familiares de la cultura Antioqueña y Medellínense, de igual modo permite ver la representación que tienen algunos participantes en cual conciben el internet como una herramienta “idiotizadora”, ya que debido a su mal uso las personas suelen ausentarse mentalmente del entorno en el que están para sumergirse en la “red”

Así mismo se relaciona significativamente con lo planteado por (Jiménez, y otro 2007) en el artículo *Autoestima y relaciones interpersonales de sujetos adictos al internet*; en el cual las autoras realizan un estudio comparativo que busca evaluar las relaciones interpersonales de sujetos con síntomas de adicciones a internet y sujetos que no lo son, en dicho estudio las autoras concluyen que las relaciones interpersonales de las personas adictas al internet tienden a ser más inestables y poco sólidas , a diferencia de aquellas que no lo son; en el primer de los casos, el internet aparece como una vía para sustituir contactos sociales e interpersonales directos, permitiendo así satisfacer necesidades inmediatas de contención, manejo de ansiedad y vínculo afectivo con otros, que además garantiza algunas condiciones como el anonimato, el cual facilita a los sujetos mostrarse como desean. En ocasiones, las carencias de protección, afecto y contención, pueden ser sustituidas y cubiertas por la tecnología, convirtiendo así, un instrumento tecnológico en un elemento adictivo.

Indudablemente el uso del internet de manera extralimitada hace que las relaciones interpersonales de las personas se vean afectadas, puesto que

en muchas ocasiones el sujeto busca sustituir sus vínculos familiares, afectivos y de pares, por relaciones virtuales basadas en el anonimato. De igual modo, el incremento en el uso de esta herramienta tecnológica ha permeado no solo a la población adolescente y juvenil, sino también a otros grupos generacionales en edades más adultas e incluso en adultos mayores, lo cual, puede generar que las prácticas familiares e interrelacionales se ven afectadas en la medida de que cada persona de manera constante busca hacer uso de la red para mostrar lo que hace o para mantenerse al día de lo que ocurre en el medio.

Esta situación se ha convertido en un problema psicosocial contemporáneo pero ¿cómo puede afectar esto la salud de la población?, pues bien, si se tiene presente que esta conducta al realizarla de manera frecuente afecta los vínculos relacionales y sociales de las personas, generando a largo plazo poca funcionalidad de la persona en el medio, tendremos entonces una afectación principalmente en la salud mental de las personas dependientes a esta herramienta, las cuales incluso, pueden llegar a presentar cuadros de ansiedad y depresión.

Al respecto el estudio de (Christakis 2012) del Instituto de Investigación de Niños de Seattle de Estados Unidos, el cual comprendió un universo de 224 estudiantes, estaba orientado a determinar los tipos de síntomas que les provoca el uso de las redes sociales. Los resultados confirman la tendencia de que ciertos jóvenes son más propensos a desarrollar trastornos adictivos a causa de su personalidad e incluso a desarrollar depresión, necesitando diagnóstico y cuidados médicos y psiquiátricos. El autor afirma que el uso de Internet se ha masificado y se ha vuelto una rutina en los jóvenes. Los estudios demuestran que los jóvenes, al verse inmersos en un mundo cibernético sin tener un criterio formado, pueden ser afectados en su personalidad y desarrollar cuadros depresivos, confusiones respecto del mundo e incluso llegar a ser consumidos por su adicción. El navegar por

tiempos prolongados presenta dificultades para el descanso y la liberación de estrés.

Sin embargo, y contrario a la RS anterior, también se encontró que algunos jóvenes perciben el uso del internet como algo normal, y consideran que el uso excesivo de este solo responde a los avances socioculturales a los que se enfrenta la sociedad actualmente.

A mí me parece algo normal, es que nosotros nos alarmáramos porque todo ha cambiado mucho y nos resistimos a aceptar esos cambios, pero ahora la gente usa internet por muchas cosas, por qué quiere estar informado, o para entretenerse, para matar el tiempo, pero eso es por los mismos avances tecnológicos. (Joven de 18 años. Grupo focal 2.

Sin duda alguna, la adicción al internet es una de las que más discusiones ha generado en el medio académicos, puesto que el internet es uno de los principales avances que se ha tenido en el siglo XX y facilidad de su exceso desdibuja un poco la capacidad de identificar hasta qué punto puede llegar hacer una conducta adictiva o una adicción y hasta qué punto su uso es meramente normal y cotidiano.

Frente a si las prácticas compulsivas relacionadas con el uso del internet son una adicción o no aún se encuentra en discusión. Por su parte, (Sánchez 2013: 93), afirma que,

La denominada adicción a Internet y la adicción a las Redes Sociales en Internet no pueden ser calificadas como tales. No existe una adicción a Internet sino problemas de conducta derivados del acceso a la diversidad de contenidos que provee la Internet.

Por el contrario, (Mendoza y otro 2014) consideran que la adicción al internet parte de la pérdida del control en el uso de esta herramienta, generando un conjunto de síntomas a nivel cognitivo, conductual y fisiológico.

Frente a estas diferencias teóricas, como investigadora considero que como plantea (Echeburua 1999) toda conducta generadora de placer es susceptible de convertirse en adictiva, en este caso el uso del internet puede llegar a ser adictivo para aquellas personas que obtengan de este, altos niveles de placer.

En general es importante resaltar que en todos los grupos focales realizados, los jóvenes coincidieron en reconocer que el abuso en el uso del internet ha generado afectaciones significativas en sus relaciones interpersonales, en especial en sus relaciones familiares y de pareja, tenido incluso discusiones o problemas por el uso que le dan este. De igual modo, algunos de los profesionales en salud entrevistados consideran que esta práctica adictiva ha logrado permear sus vidas personales, por lo tanto consideran esta conducta como una de las más prevalente en la ciudad de Medellín.

Yo creo que el internet se ha vuelto algo indispensable para todos, ¿cuándo tú vas a salir de la casa que es lo primero que hechas? el celular, porque necesitas estar conectado todo el tiempo, yo creo que si bien los jóvenes son muy vulnerables a estas adicciones, todos nosotros así seamos profesionales estamos expuestos a desencadenar una adicción al internet. (P1: Psicóloga, mg© salud mental)

Hoy en día el uso del internet es un riesgo para todos, incluso para los profesionales también es un problema, a veces en el trabajo cuando uno no tiene acceso a esta herramienta se desespera y como que no encuentra nada para hacer. Entonces yo creo que si hemos perdido

*un poco la posibilidad de ser productivos sin usar esta herramienta.
(P6: Epidemióloga)*

El tema del internet nos toca a todos, aunque no todos tengamos una adicción al internet, sin embargo sí creo que es algo que cada vez se incrementa más en la ciudad, y el riesgo de generar adicción cada vez es más alto. (P8: Médico Psiquiatra)

En resumen, es posible comprender la pérdida del control en el uso del internet puede generar afectaciones en la salud mental y física de una persona; generando un impacto significativo principalmente en el área social e interrelacional del sujeto. Así mismo, esta práctica adictiva puede llegar a detonar cuadros de depresión y ansiedad en personas presenten esta conducta.

La bibliografía considera que los adolescentes y jóvenes son la población más vulnerable para esta adicción, en la recolección y análisis de la información se encontró que tanto los jóvenes como los profesionales en salud consideran que en la actualidad hay diferentes grupos poblacionales que pueden estar en riesgo de generar una práctica adictiva como esta, debido a la generalización en el uso de esta herramienta y la facilidad que hay para su acceso.

Para concluir esta primera etapa de resultados y discusión es de a notar que hubo dos adicciones no químicas que no fueron debatidas por los jóvenes ni por los profesionales en salud entrevistados, aunque se indago por ellas, estas fueron la adicción al trabajo y la adicción al deporte, en ambas los jóvenes concluyeron rápidamente que no son un problema en la ciudad ya que en el caso de la adicción al trabajo, las personas pueden trabajar mucho por un asunto de supervivencia, ya que la situación económica en el país le exige a las personas trabajar horas extras o tener varios trabajos para poder tener un ingreso acorde a sus necesidades

básicas. En el caso de la adicción al deporte, los jóvenes participantes de los grupos focales consideran que esta no es una adicción muy frecuente en la ciudad, ya que la mayoría de las personas inician el gimnasio pero luego pierden la motivación y se retiran.

Por su parte los profesionales en salud entrevistados y expertos en el tema debatieron poco sobre estas conductas, puesto que consideran existen otras conductas con mayor prevalencia e impacto para la población juvenil. Sin embargo dos de los expertos entrevistados si hicieron referencia a ambas practicas adictivas, manifestando que estas, por encima de las otras adicciones comportamentales, pasan desapercibidas a nivel social y estatal, pero que el impacto que pueden tener en la salud de la población puede ser muy alto a largo plazo.

Sin embargo pienso que hay otras adicciones con mayor impacto para la salud física y mental de una persona que no se están focalizando como lo son la vigorexia o la adicción a al trabajo; y no se focalizan porque aún las personas no saben al respecto. (P8: Médico Psiquiatra)

Pues mira, digamos que en la ciudad ya tenemos conductas adictivas que empiezan a estar más recocidas a nivel social, por ejemplo el juego de azar, los video juegos, el internet. Pero hay otro tipo de conductas que también hacen presencia en la ciudad solo que no las estamos viendo aun de manera alarmante, como la adicción al trabajo o a las compras, pero el hecho de que no se reconozcan no quiere decir que no estén ahí. (P9: Especialista en adicciones - Mg en educación)

Teniendo en cuenta las representaciones sociales identificadas en relación a la adicción al trabajo en Colombia y en especial en Medellín, es importante considerar la encuesta realizada por la comunidad laboral por internet de Iberoamérica, la cual entrevisto a 3000 colombianos, de los

cuales el 80% eran residentes de Bogotá, Cali y Medellín, arrojando que la mayoría de colombianos (69%) se considera adicto al trabajo y casi la mitad (49%) asegura haber padecido de estrés a causa del exceso laboral, resultado que sin duda alguna generó polémica en el ámbito académico y empresarial. Para el ingeniero industrial (Garcés 2012), uno de los líderes del estudio, éstos resultados son sorprendentes, puesto que existía el paradigma que la adicción al trabajo era más propia de un trabajador de Estados Unidos, Inglaterra o Australia. Sin embargo, para Garcés, al igual que para la psicóloga Londoño estos resultados reflejan una tendencia que viene en incremento por un ambiente laboral más agresivo y la presión social que se ejerce sobre las personas: la búsqueda de mayor poder adquisitivo, de estabilidad laboral, la falsa creencia de que si se le dedica más tiempo al trabajo se demuestra más compromiso y los jefes estarán más contentos con el desempeño; el temor a ser reemplazados por gente más joven, mejor preparada académicamente y más barata. Todo esto conlleva, agrega Londoño, a que la gente dedique más de ocho horas diarias al trabajo y descuide los otros aspectos de la vida (personal, familiar, de pareja, deportivo, recreación) y llegue a un desgaste físico y emocional que le genera estrés y otras enfermedades que terminan mermando su productividad (El Colombiano 2011).

Lo anterior, permite tener un abanico más amplio sobre la adicción al trabajo en un país como Colombia y en especial una ciudad como Medellín, lo primero que cabe anotar es que la representaciones social encontrada en la población juvenil que participo en la investigación coincide con la visión que algunos de los estudiosos tenían de esta práctica adictiva previo a la encuesta anteriormente mencionada, puesto que tanto los jóvenes como los expertos en el tema consideraban que esta es una conducta propia de países desarrollados como EE.UU, Inglaterra o Australia y suponen que en Colombia la prevalencia de esta conducta adictiva es menor.

De igual modo la encuesta mencionada, devela una percepción interesante que tiene la población Colombiana frente a esta adicción, en donde 69% de la población entrevistada se consideran adictos al trabajo, sin embargo cabría preguntarse qué tan claro tiene la población el concepto de esta adicción o hasta qué punto este es confundido con el “tener mucho trabajo”, frente a lo cual, considero que la población Colombiana no tiene mayor claridad sobre este concepto, y es posible que perciban las extensas jornadas laborales, o la necesidad de tener 2 y 3 trabajos como adicción al trabajo, esto teniendo presente que la población entrevistada para fines de esta investigación no reconoció esta conducta adictiva como alarmante en la Ciudad.

En relación a la adicción al deporte, la cual tampoco fue reconocida por los jóvenes, ni por los profesionales en salud entrevistados como una problemática sobresaliente para la ciudad de Medellín, teniendo presente que esta es una práctica utilizada por las personas para potencializar su bienestar tanto físico como mental, lo cual ha incrementado en los últimos años con la oleada de la vida fitness.

Sin embargo esta práctica no deja de ser riesgosa y mucho más cuando se realiza de manera compulsiva, ya que pasa la línea de lo “saludable” y se convierte en una conducta patológica que puede incluso traer consecuencias graves para la salud de la una persona.

Para (Rodríguez y otros 2011:292) la Vigorexia sería una de las formas manifiestas de obsesión por la perfección corporal, definida según (Baile 2005) como,

Una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo (aun teniéndolo) y que se manifiesta en la incapacidad de ver

con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con comportamientos obsesivos y negativos relacionados con la apariencia.

Así mismo, los autores afirman que la Adicción o dependencia al ejercicio representa una condición en la que una persona se involucra en la práctica de ejercicio excesivo. Los individuos con Adicción al Ejercicio tienden a no tomarse días de descanso, haciendo ejercicio voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de ejercicio y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de hacer ejercicio.

De igual manera, (Andrade y otros 2012 citando a Sandoval 2001), afirman que,

Cabe mencionar que pese a que en los manuales de enfermedades mentales no se determine con claridad los criterios de causalidad de la adicción al deporte, es preciso tener presente que el uso inapropiado del ejercicio, el abuso de la práctica deportiva, y el exceso del ejercicio puede convertirse en la forma más compleja de patología: la vigorexia, alteración que se asocia a morbilidades psicológicas tales como trastornos de conducta alimentaria.

Lo anterior demuestra como la práctica deportiva, principalmente aquellas que tienen que ver con escenarios de gimnasios puede convertirse en una conducta patológica de carácter compulsivo que como lo mencionan (Andrade y otros 2012) puede generar co-morbilidades físicas y psicológicas asociadas a trastornos de ansiedad, alimenticios, entre otros.

Es por esta razón, que aunque esta práctica no sea reconocida a nivel social como un problema, no deja de ser una conducta que de ser realizada

de manera inapropiada también puede traer consecuencias negativas para las personas que la practican.

Esta práctica adictiva conlleva en sí misma una obsesión por el cuerpo, y en muchas ocasiones incluso puede generar distorsiones en la imagen del mismo, lo que hace que la persona realice determinadas prácticas deportivas sin establecer límites, las cuales pueden poner en riesgo su salud física y mental. Al respecto (Gutiérrez y otro 2007) indica que en muchas ocasiones las personas adictas al deporte se someten a dietas muy bajas en grasa, ricas de hidratos de carbono, y proteínas que les permita aumentar la masa muscular, así como también corren riesgos de abusar de sustancias como hormonas y anabolizantes esteroides.

Los esteroides anabólicos, también llamados pro-hormonas, son sustancias que el cuerpo puede convertir en esteroides anabólicos. Estos esteroides son una clase de sustancias naturales y sintéticas o manufacturadas. Asociadas a la hormona principal masculina, la testosterona. Los esteroides anabólicos estimulan el desarrollo muscular y también pueden fortalecer los huesos y reducir la grasa del cuerpo.

Con base en lo anterior, es posible pensar en el impacto que puede generar esta práctica adictiva para una persona, ya que al exponer el cuerpo a altos niveles de ejercicio, y al uso de esteroides anabólicos para obtener resultados deseados, puede generar efectos secundarios adversos que parten desde modificaciones corporales no esperadas hasta el riesgo de algunas enfermedades cardiovasculares, agrandamiento del ventrículo izquierdo del corazón, presión arterial alta y cáncer en el hígado.

Al respecto el NIH (National Institute On Drug Abuse 2007: 75) afirma,

El abuso de los esteroides anabólicos ha sido asociado con una gran diversidad de efectos secundarios adversos que van desde algunos que son físicamente poco atractivos como el acné y el desarrollo de los senos en los hombres, hasta otros que ponen en peligro la vida, como ataques al corazón y cáncer del hígado. La mayoría de estos efectos son reversibles si el abusador deja de tomar las drogas, pero algunos son permanentes, como la voz más profunda en las mujeres.

Lo anterior permite comprender el impacto que esta práctica adictiva puede traer a la salud de una persona, y aunque esta no sea una conducta reconocida como problemática en la ciudad de Medellín, si es importante que los profesionales y el sector salud tengan presente estas nuevas prácticas de ponen en riesgo la salud de algunos grupos poblacionales.

Categorías Secundarias

Naturalización de las conductas adictivas

El concepto de naturalización es uno de los más importantes en las ciencias sociales, y en el proceso investigativo realizado es uno de los más sobresalientes. Es por esta razón que se propone una categoría secundaria para desarrollar una de las representaciones sociales más constantes encontradas tanto en los profesionales de la salud entrevistados como en los jóvenes participantes de los grupos focales.

Según (Marques 1981), naturalización es un fenómeno que lleva a los hombres a considerar sus acciones y sus creencias como naturales, ligadas a su naturaleza.

Para la sociología la naturalización puede considerarse como un discurso dominante en la mayoría de las formas de sociedad actual, buscando atribuir causas naturales a hechos sociales principalmente problemáticos. Para

(Marques 1981) uno de los principales ejemplos de la naturalización es la biologización de los hechos sociales; es decir, la sociedad enfrenta problemas como la exclusión social ligándolos a características genéticas de los individuos o grupos que los sufren, tal hecho supone un distanciamiento de las causas sociales que pueden generarlos. Un ejemplo de esto, es percibir a los gitanos de Europa como un grupo de personas que tienen en común una tendencia genética hacia la vida nómada supone ignorar los mecanismos de exclusión que durante siglos se han establecido sobre ellos.

Existe otro factor importante en el discurso de la naturalización y es la función ideológica de este discurso, la cual conduce a la individualización de los problemas sociales, negando soluciones de índole colectiva; percibir la política como una instancia naturalmente corrupta o el deseo de una transformación social como naturalmente ligado a una edad juvenil determinada, conducen a la legitimación del orden social y político existente (Seco 2013)

De igual modo (Lewis 2003: 3) refiriéndose al tema de la naturalización de los comportamientos culturales, sostiene que,

Naturalizar” una explicación, significa rechazar la importancia que tienen los procesos históricos en la comprensión de la realidad sociocultural y recurrir, en cambio, a argumentos de tipo biológico, geográfico o ambiental, psicológico o económico, etc. como si fueran determinantes de las conductas humanas. Cuando se atribuyen causas naturales, fijas o inmutables a los comportamientos culturales se desconoce la capacidad propia de la especie de aprender, producir y reproducir las prácticas históricas y las valoraciones a ellas asociadas.

En definitiva, se trata de reconocer que la cultura es un fenómeno complejo. Por consiguiente, naturalizar el significado de los comportamientos culturales es, en sí mismo, un comportamiento cultural por medio del cual el grupo con poder construye un discurso

que justifica la asimetría del orden social e impone esa percepción y esos valores al resto.

En este punto, es importante comprender desde la epidemiología social como la naturalización se convierte en un factor social que influencia la aparición de las adicciones comportamentales en determinada población. Para esto es importante tener presente que la epidemiología social según (Krieguer 2002) busca estudiar como la sociedad y las diferentes formas de organización social influyen la salud de los individuos y las poblaciones; buscando ir más allá de los factores de riesgo individuales, y centrándose más en el estudio del contexto social, en el cual se produce el fenómeno de salud- enfermedad.

Al respecto, (Borrell 2015) afirma que la epidemiología social pretende conocer como los factores sociales afectan la salud de la población. El autor destaca algunos de los conceptos más importantes de la epidemiología social, entre los cuales se encuentra la producción social del conocimiento, la cual hace referencia a la manera en la cual la sociedad produce determinado conocimiento, así por ejemplo, la homosexualidad fue considerada una enfermedad hasta finales del siglo XX, cuando se retiró del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

Con base en la anterior, es posible comprender la naturalización de las adicciones comportamentales, como un fenómeno enmarcado en el concepto de producción del conocimiento de la epidemiología social, ya que a través de esta naturalización la población construye diferentes argumentos y explicaciones para las adicciones comportamentales, sin embargo está no detiene las implicaciones que dichas adicciones pueden generar en la salud mental de la población.

De acuerdo con el concepto de naturalización, es posible comprender como las conductas adictivas de carácter comportamental rastreadas en esta investigación, están en su gran mayoría naturalizadas por la mayor parte de la población, lo cual impide que las mismas sean reconocidas como un problema de salud que puede generar afectaciones significativas en la salubridad de la persona, el núcleo familiar y la comunidad.

El hecho de que dichas conductas sean realizadas de manera cotidiana por las personas, y que impliquen acciones necesarias para los seres humanos, tales como: el comer, hacer deporte, tener sexo, navegar en la red, trabajar, o tener espacios de esparcimiento a través de los juegos de azar y los videojuegos, hace que estas conductas tengan un alto nivel de aprobación social y que sea difícil para la comunidad en general identificar esa línea invisible entre una conducta necesaria y “normal” y una conducta cuya práctica puede convertirse en patológica.

Es posible decir que tanto en el proceso de entrevistas a profundidad como en los grupos focales se identificó que las adicciones comportamentales no están reconocidas a nivel social como un problema, debido a que están naturalizadas, concibiendo las mismas como acciones propias de la contemporaneidad, y aunque se logren ver consecuencias negativas asociadas con estas, se dificulta reconocer estas conductas como adicciones.

Al respecto, los profesionales en salud entrevistados, afirman que,

Lo que pasa es que se siguen viendo “normales”, por lo tanto cuesta mucho más diferenciar cuando es una conducta normal a cuando es una conductiva adictiva, por ejemplo con la comida, a muchas personas les cuesta diferenciar el comer mucho a una compulsión con la comida, o hablemos del sexo, hasta donde se tiene una relación sexual normal, hasta donde es promiscuidad, Oh hasta donde

ya está pasando algo más grave y se puede estar generando una adicción? (P4: Psicólogo especialista en adicciones)

Uno solamente se fija en los que tienen más implicación social, o en los que son menos aceptados socialmente, entonces usted ve a un señor jugando chace todos los días y decís: “a que bueno juega chance”, pero no piensas en que eso es un problema adictivo que tiene esa persona. (P3: Enfermera profesional)

Lo que pasa es que estas conductas están naturalizadas a nivel social, y eso obviamente impide su intervención. Digamos que ese es el apellido de las adicciones comportamentales “están socialmente aceptadas” por lo tanto a nivel social no se ve como peligroso o problemático a una persona que tiene un comportamiento adictivo, en comparación de alguien que consume alguna sustancia. (P9: Especialista en farmacodependencia; Mg en educación)

Los testimonios anteriores muestran como para esta población las adicciones no químicas manifestadas en diversas prácticas que pueden constituirse en conductas adictivas están naturalizadas a nivel social, impidiendo con este reconocer el impacto que traen dichas adicciones en sus vidas y generar acciones preventivas y de control al respecto.

Otro factor importante, que se puede destacar de las declaraciones anteriores, es que las adicciones comportamentales están naturalizadas no solo por la población en general, sino también por gran parte de la comunidad académica y científica. Al respecto cabe resaltar que en el transcurso de las entrevistas se evidencio como muchos profesionales no conciben las adicciones comportamentales como problemáticas o no conocían mucho al respecto, esto principalmente en aquellas profesiones poco relacionadas con la salud mental.

Al respecto, (Lewis 2003), afirma que las explicaciones naturales o intuitivas sobre las conductas, modos de vida, costumbres, etc., son argumentos disponibles en el sentido común y en muchas ocasiones también se filtran en las interpretaciones de carácter científico.

Lo que pasa es que hasta para uno esas cosas son normales, uno por ejemplo en el trabajo come y come mucho, yo tengo compañeros en el centro de salud que tienen problemas de obesidad y que puede tener una adicción a la comida pero ellos no lo ven desde ahí, solo lo ven como comer mucho, si me entiende. (P3: Enfermera profesional)

Es posible comprender como la naturalización de las adicciones comportamentales, las cuales se constituyen en un comportamiento cultural contemporáneo, impiden la posibilidad de generar acciones preventivas al respecto, o como lo menciona (Seco 2013) la naturalización impide la posibilidad de generar soluciones de índole colectivo, es decir, si estas conductas están naturalizadas por la sociedad y por los profesionales del área de salud, será muy difícil concebirlas e intervenirlas como un problema de salud pública, por lo tanto las acciones de prevención que se realicen serán menos eficaces, en relación a las estrategias de prevención utilizadas para las adicciones químicas, lo cual se debe a que como parte de la naturalización de esta problemática se conciben las drogodependencias como un problema mayor y de interés para la salud pública, mientras que las adicciones comportamentales o no químicas aun no cuentan con tal reconocimiento a nivel social, ni estatal.

Lo que pasa es que no va hacer tan llamativo ni tan importante como es el daño orgánico que genera una sustancia como la heroína o como el alcohol, a la que genera una adicción al sexo o la comida, pero si genera un daño y deterioro físico. (P2: Psicólogo, especialista en adicciones)

Sin embargo, y como lo menciona (Lewis 2003) anteriormente, es importante comprender como esta naturalización de las adicciones comportamentales constituye un comportamiento cultural en sí mismo, el cual es construido con base en las representaciones sociales propias de cada territorio, pero mientras este exista, será muy difícil que los entes nacionales y departamentales del sector salud tomen acciones al respecto. De igual modo, es importante tener presente que si la naturalización de estas prácticas adictivas a nivel social comunitaria es tan alta, existe la posibilidad que pese a los esfuerzos que realizara el sector salud para la prevención de estas adicciones tengan poco impacto, es decir, el primer paso que se debe tener para obtener resultados positivos en la prevención e intervención de las adicciones no químicas es el reconocimiento de estas prácticas susceptibles de adicción como un problema que puede afectar la salud mental y física comunidad Medellinense.

La moral y las adicciones comportamentales:

En el trascurso de esta investigación la moral aparece también como un factor sobresaliente que de una u otra manera transversaliza la mayoría de las respuestas obtenidas en los grupos focales y las entrevistas a expertos, relacionadas con sus apreciaciones sobre las adicciones no químicas y que en particular, aparece como una dificultad para la identificación y reconocimiento de las mismas, como un problema sociocultural y de salud.

Para efectos de esta investigación concebiremos la moral no desde un punto de vista religioso, sino desde una perspectiva sociológica, la cual permitirá comprender como la moral puede llegar a permear fenómenos sociales como los abordados en el presente trabajo.

Según (Viralo1957: 529-531), en el texto *La moral sociológica*, expone los tres principios del sistema moral sociológico, que son:

- 1) Relación entre los fenómenos morales y los fenómenos sociales: Los fenómenos morales son fenómenos sociales, realidades exteriores al individuo. El contenido de nuestra conciencia moral, que es extremadamente complejo, no podrá desempeñarse sino es recurriendo a la historia. Es cierto que existe una moral social, pero es igualmente cierto que existe una moral individual; por lo tanto la reducción de los fenómenos morales al carácter social es totalmente arbitrario. Existen hechos morales completamente internos, enteramente personales y de ningún modo sociales.
- 2) Variabilidad de la moral: los sentimientos morales y las prácticas morales de una sociedad determinada están necesariamente ligadas a las creencias religiosas, el estado económico, político, al momento intelectual, a las condiciones climatológicas y geográficas, y consiguientemente también al pasado de esta sociedad...
Hay por lo tanto, tantas morales como tipos sociales, la idea de una moral natural debe de ser rechazada y debe admitirse que todas las morales son naturales.
- 3) La obligación de la moral: según la escuela sociológica la única fuente de obligación moral es la sociedad.

Por su parte, (Giner 2012) la moral es el resultado de la interacción de tres elementos principales: (1) la estructura social, que incluye la distribución de poder, influencia y recursos entre quienes comparte una situación; (2) las intenciones, actitudes por ellas poseídas. Para Giner la fuerza principal en la constitución de la moral procede de la constitución de la estructura social, seguida por intenciones e intereses de sus miembros y, sólo en tercer lugar, (3) por las creencias y valoraciones.

La estructura social, y dentro de ella muy especialmente las instituciones, conforman las valoraciones y el basamento axiológico de los ciudadanos.

Con base en los dos planteamientos anteriores es posible pensar en la moral como un elemento fundamental para la funcionalidad de toda sociedad, la cual rige muchos de los fenómenos sociales contemporáneos, entre ellos el tema que nos convoca: las adicciones comportamentales; ya que estas se presentan en el marco de una estructura social, la cual posee intereses por la distribución de poder, así como creencias y valoraciones frente a estas conductas, lo que sin duda alguna tiene una gran influencia en la manera en la que la comunidad percibe estas conductas adictivas.

Dicho de otra forma, es posible comprender las diferentes adicciones no químicas como un fenómeno social de la contemporaneidad, y la moral aparece como una representación social reguladora del reconocimiento de estas a nivel público o social, es decir, el hecho de que la adicción al sexo, al juego, al comer, no sean reconocidas como una problemática social con implicaciones en la salud pública de la población Medellínense tiene una relación directa con la moral propia del territorio paisa. Es por esto que para problematizar estas conductas es importante tener presente las concesiones morales propias de la comunidad, puesto que conductas o practicas adicticas como el sexo, la comida o el juego, para muchas sociedades pueden ser normales o por el contrario puede ser castigadas o satanizadas y esto influirá de manera directa en la moral individual de cada persona y en el reconocimiento que posteriormente pueda hacer de su problemática. Con base en esto, es importante tener presente que la moral como un fenómeno social, no solo incide en conductas adictivas como el sexo, sino también en el reconocimiento de todas las prácticas adictivas, puesto que esto implica reconocer un problema, una enfermedad como lo es la adicción y es ahí donde actúa la moral como un regulador social para el reconocimiento personal, familiar y comunitario de estas adicciones.

A continuación, algunas de las RS identificadas y que se relacionan con el tema en ciernes,

Tú ves que las familias buscan hacer intervenciones frente al consumo de cocaína, pero por ejemplo en la cuestión del sexo ya hay un asusto moral e íntimo que no permite que se reconozca a nivel familiar, puede que la persona a nivel personal reconozca que tiene un problema de esta índole, pero no lo va reconocer a su familia por un asunto moral que atraviesa el tema, entonces se queda muy callado. (P2: Psicólogo, Especialista en adicciones)

Mira, yo creo que la moral atraviesa todo en nuestra sociedad, nosotros somos una sociedad muy moralista y eso hace que a las personas les cueste reconocer que tienen un problema con conductas como la comida, el sexo o el juego por ejemplo, sobre todo con aquellas conductas que son más privadas como el sexo. (P6: Epidemióloga)

Yo lo que creo que aquí en Medellín da más brega reconocer que se tiene un problema con el sexo a con las drogas, pues las dos son muy duras pero lo del sexo da más pena, es que esta ciudad es muy moralista, imagínese la mamá de uno que va a pensar, o la abuelita (risa). (Joven de 17 años. Grupo focal 2)

Las anteriores afirmaciones, evidencian como la moral aparece cargada de diversas representaciones sociales que pueden llegar a dificultar el reconocimiento de algunas de las adicciones o químicas, en especial aquellas que implican conductas más privadas y/o personales, como el sexo o la comida.

Como (Giner 2012), lo menciona en uno de los párrafos anteriores, la moral está constituida por intenciones, pasiones, emociones y creencias; y son estas sin duda alguna, las que regulan el reconocimiento de fenómenos sociales emergentes como lo son las adicciones no químicas.

Lo que pasa es que es depende de las conductas, hay conductas muy privadas y otras muy públicas, por ejemplo la adicción al sexo es una

conducta adictiva muy privada que está atravesada por la moral, entonces es mucho más difícil identificarla como un problema, en cambio la adicción al juego o al internet es mucho más pública, lo que hace que tenga un mayor impacto en la salud pública, por que las personas van a consultar más por ellas. (P7: Magister en Salud Pública)

Otro factor importante de resaltar es la construcción moral en la ciudad de Medellín, la cual es diferente a la moral de cualquier otro lugar; esto, basados en lo planteado por (Viralo 1957), en donde se plantea la variabilidad de la moral como un factor fundamental para la comprensión de esta, y es justo esta variabilidad la que permite comprender que la cultura, la población, los antecedentes históricos y religiosos, han llevado a esta sociedad a construir una moral enmarcada en la religiosidad y el misticismo. Lo que sin duda alguna influye a la hora de pensar problemáticas estructurales en la sociedad actual como lo son las adicciones.

También debemos pensar en la moral y la doble moral de esta ciudad, es que aquí todo es pecado, entonces que pasa muchas personas por temor a ser señalados y juzgados prefieren no hablar y no pedir ayuda a tiempo frente a estas adicciones. (P4: Psicólogo, especialista en adicciones)

Para concluir, es importante reconocer la moral como un factor regulador para la sociedad y las personas, el cual influyen en el reconocimiento de las adicciones no químicas, impidiendo en muchas conductas adictivas la aceptación y la presencia de estas como un problema que afecta hoy en día la sociedad. De igual modo se identifica que este fenómeno social influye principalmente en aquellas conductas adictivas que tienen un contenido privado y personal, el cual está poco expuesto hacia el “otro”, lo cual como ya se mencionó dificulta que las personas consulten al respecto, y al no consultar es difícil tener un registro sobre la prevalencia de estas conductas,

lo que a largo plazo impide el reconocimiento de las misma como un problema de salud pública.

Consumismo social y adicciones comportamentales

Otra de las representaciones sociales halladas tanto en las entrevistas a profundidad con los profesionales en salud, como en los grupos focales con los adolescentes y jóvenes, es el consumismo social como uno de los principales factores de riesgo, pero que también inciden en la naturalización de las adicciones no químicas.

Si bien, el consumismo viene marcando una tendencia en los comportamientos sociales de la contemporaneidad, es interesante ver como para la población entrevistada en esta investigación establece una relación directa con las conductas adictivas de carácter comportamental, en especial aquellas que tienen que ver con la tecnología y los videos juegos y el consumismo social. Considerando este como un causal implícito de muchas de estas conductas.

(Rodríguez 2012 citando a Alonso 2007: 5), afirma,

El consumo es un hecho social total (en la clásica acepción del concepto de Marcel Mauss), pues es una realidad objetiva y material pero es, a la vez, e indisolublemente, una producción simbólica que depende de los sentidos y valores que los grupos sociales le dan a los objetos y a las actividades de consumo.

Para Alonso, el consumo es una actividad social cuantitativa y cualitativamente central en nuestro actual contexto histórico. No sólo porque a él se dedican gran parte de nuestros recursos económicos, temporales y emocionales, sino también porque en él se crean y estructuran gran parte de nuestras identidades y formas de expresión relacionales. Para este autor, hay que considerar al consumo como uso social, esto es, como forma concreta, desigual y conflictiva de

apropiación material y utilización del sentido de los objetos y los signos que se producen en un campo social por parte de grupos sociales con capitales (económicos, simbólicos, sociales, culturales) distintos y desde posiciones sociales determinadas por el proceso de trabajo. Así, el consumo como práctica social concreta sintetiza un conjunto múltiple de fuerzas, como la distribución de rentas originadas en el proceso de trabajo, la construcción de las necesidades reconocidas por parte de los consumidores, la búsqueda de beneficio mercantil, el aparato publicitario, la conciencia de los grupos sociales, las instituciones formales e informales o la emulación e imitación social.

Como se mencionó anteriormente, en la recolección y análisis de la información se identificó en ambas poblaciones la RS de que el consumismo social al que nos enfrentamos en la contemporaneidad es un factor detonante de algunas adicciones no químicas, el cual a su vez incide en la naturalización de las mismas. Así mismo, la población concibe de manera particular el consumismo de la ciudad de Medellín, el cual lo enmarcan en una cultura del tener proveniente de la cultura occidental, manifestándose a través de este ciclo de compras permanentes, en los cuales los diversos objetos “consumidos” luego son descartados para así iniciar el ciclo nuevamente.

Sí, claro que sí. Por qué es la época en la que nos estemos moviendo, esta época lleva a las personas al consumir, a adquirir, al tener, de pronto ciertas carencias del ser se sustituyen con el tener o con ese tipo de adicciones que llenan cierto espacio que no están en lo social sino en lo material. (P3: Médico General)

Pienso que pasa en todas las ciudades capitales, y más en Medellín que tiene un historial de narcotráfico, creo que eso incide, empezando por la adicción química, cierto, y eso en cierta medida se traslada también a las adicciones no químicas, y yo sí creo que la historia de esta ciudad influye en este tipo de problemáticas, eso llega a los

jóvenes a través del consumo, del tener, de las redes sociales. (P1: Psicóloga, MG© en Salud Mental)

Por su parte, los jóvenes, sostienen,

Yo no sé, pero yo creo que eso también tiene que ver mucho con el consumismo de la sociedad hoy en día, por ejemplo sacan una consola de video juegos y es muy buena, pero al tiempo sacan otra, y la persona tiene que estar cambiando, y se obsesionan con eso, por ejemplo con la comida pasa lo mismo, a la gente se le puede enseñar a comer más sano, y eso también se pueden hacer en los colegios. (Joven de 17 años, grupo focal 3)

Pues haber yo pensado en todo lo que mis compañeros dicen, concluyo que Medellín es una ciudad muy consumista, es que uno se pone a ver y aquí cada vez hay más gimnasios, mas casinos, mas negocios de celulares, y cada vez salen cosas nuevas que uno quiere tener, si me entiende eso se vuelve como una cadena, que puede llevar a muchas personas a estas adicciones. (Joven de 16 años. Grupo focal 2)

Lo precitado, muestra como la ciudad de Medellín es percibida por la población entrevistada como una ciudad con altas tendencias al consumismo, y como este consumismo a su vez puede ser la plataforma para generar diversas adicciones de carácter no químico en la ciudad.

Con base en lo anterior, (Jáuregui 2007: 8) afirma,

El consumismo, nace como una máquina de tentaciones, al igual que la “droga” y al igual que esta el consumismo también promete la ilimitación del deseo a través de la estimulación constante de los sentidos, al mismo tiempo ofrece la excitación en la vida y salirse de lo cotidiano y lo fatigoso. Nos trasmite a una democratización del lujo

y del confort, así como a una sensación de bienestar y armonía social. Por fin tenemos creada una nueva comunidad: la de los consumidores, el consumismo dibuja los perfiles de un nuevo espacio en común: los centros comerciales. Pero así el individuo moderno se esclaviza, a través del consumismo se hace adicto. La única diferencia con la droga es que mientras la nueva adicción es aceptada socialmente e impuesta económicamente, la droga es repudiada.

La autora establece una relación entre el consumismo y las adicciones, y aunque Jáuregui lo plantea en relación a la droga, podemos llevar esta misma analogía a las adicciones no químicas, pensado consumismo no solo como una conducta adictiva sino también como uno de los escenarios principales para el desarrollo de otras adicciones comportamentales.

Otra de las representaciones sociales que aparece en relación a este tema hace referencia a como los padres a través del consumismo buscan suplir el tiempo que no pueden pasar con sus hijos por estar laborando largas horas para así poder sostener determinado estilo de vida. Lo que a largo plazo también puede generar adicciones no químicas, en particular aquellas relacionadas con los video-juegos, la tecnología y el internet; ya que en muchas ocasiones los padres obsequian a sus hijos desde temprana edad objetos tecnológicos o consolas de video juegos sin poder realizar el acompañamiento indicado para el buen uso de estos.

Yo creo que es algo que nos atraviesa a todos y es el pertenecer, pertenecer a la fila de “yo también tengo”, ¿si me entiendes?, entonces cuando yo también tengo el ultimo celular, el ultimo smarphone, entonces yo pertenezco al grupo, al clan de aquellos que pueden tener eso, y digamos que los padres de hoy en día también están permeados por esto, por este asunto capitalista del despilfarro, el problema es que regalas cosas a sus hijos pero luego no pueden hacer el seguimiento que se requiere al respecto. (P2: Psicólogo, especialista en adicciones)

Frente a esto, (Parisi 2011: 28), afirma,

Y la sociedad atravesada por las condiciones que establece el mercado, estimula el consumo: es común escuchar esta frase “Si estás triste, vamos al Shopping y te compro algo”. El consumo se constituye así en la ausencia de la palabra, del diálogo, del afecto. El afecto se mide, muchas veces, en la capacidad de consumir y de brindar consumo al otro: “en su cumpleaños, ella veía los regalos y computaba el cariño de los otros de acuerdo con el costo de los regalos que le habían hecho: cuánto me quiere esa amiga que me regaló un reloj de mil dólares”.

Lo planteado por el autor, permite comprender como en muchas ocasiones en el escenario familiar los padres buscan sustituir el afecto, la palabra y el dialogo por el ultimo celular, Tablet o consola de video juegos. Cabe resaltar que lo malo de esto no es lo que hagan, sino que no realicen el debido acompañamiento al respecto, ya que el no hacerlo, puede generar en los niños, adolescentes y jóvenes diversas conductas riesgosas en el uso de los mismos que incluso pueden convertirse en una adicción como las trabajadas en esta investigación.

En este punto cabe plantearse una reflexión importante sobre como problemas psicosociales pueden llegar a convertirse en un problema de salud pública para determinada población, puesto que al parecer tanto el consumismo social como la moral pertenecen a un marco psicosocial que poco tendría que ver con los determinantes sociales en salud de una comunidad, sin embargo, es importante comprender que las sociedad también son holísticas, y en esta medida aquellos problemas sociales pueden llegar a detonar enfermedades el marco de las adicciones u de otros problemas de salud.

Familia y adicciones comportamentales

Indiscutiblemente la familia es el núcleo con mayor influencia en la socialización, formación y desarrollo de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, los cuales a través de la observación e identificación de las conductas de los adultos van obteniendo herramientas para vivir en sociedad y afrontar de manera adecuada o inadecuada determinadas situaciones cotidianas.

Es por esta razón que la familia se considera un entorno fundamental a la hora de pensar en conductas que pueden afectar la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, ya que en muchas ocasiones estas conductas pueden ser fomentadas en los entornos familiares o por el contrario pueden ser controladas desde el mismo escenario.

En el trascurso de la investigación se identificó que para la población entrevistada la familia tiene un rol fundamental a la hora de concebir algunas problemáticas en salud mental, para los niños, niñas y adolescente; entre esas las adicciones comportamentales. Tanto los profesionales en salud entrevistados como los jóvenes participantes de los grupos focales consideran que las disfuncionalidades a nivel familiar pueden ser un detonante para algunas conductas adictivas. Así mismo algunos profesionales plantean que el poco tiempo que tienen los padres y madres de familia en la actualidad para compartir con sus hijos y realizar seguimiento sobre algunas prácticas puede hacer que el adolescente o joven realice algunas conductas susceptibles de adicción sin ningún control, lo que a largo plazo puede ser problemático no solo para el sino también para el entorno familiar.

Creo que estas conductas cada vez van a acechar más nuestros adolescentes y nuestros jóvenes, ¿y sabes porque? Por los entornos familiares, por ejemplo hay muchas madres solteras, que lo que intentan es subsistir económicamente y que posiblemente en medio

de tanta ocupación y tanta responsabilidad llegan a la casa y lo que quieren es descansar y no se percatan de que esos muchachos y esos niños están siendo adictos a la tecnología, los video juegos, o la pornografía. (P5: Médico, Gerente ESE Hospital)

La familia para mi es fundamental a la hora de pensar estar problemáticas, porque cada vez vemos familias más disfunciones, a los padres les cuenta mucho comunicarse con sus hijos y hablarles abiertamente de este tipo de cosas, lo que hace que estas conductas tomen ventaja entre la población adolescente y juvenil. (P8: Médico Psiquiatra)

Por su parte, los jóvenes aducen,

Yo pienso que familia si tiene mucho que ver, por que vea, un papá o una mamá prefieren ver al hijo todo el día encerrado jugando play o en internet a que este en la calle, porque creen que en la calle uno tiene más peligros, pero ellos no se preocupan por ver que está jugando uno o en que paginas esta, si me entiende. (Joven 15 años. Grupo focal 1)

Yo creo que muchas de estas cosas pasan por que los papás se relajan con uno, ellos le compran a uno le compran a uno la consola o el portátil y ya se relajan, no miran que es lo que uno hace, y claro para uno mejor (risa). Joven 17 años. Grupo focal 3

Vea muchas veces es por los mismos problemas familiares que pasan esas cosas, yo por ejemplo cuando mis papas estas peleando o mi mama está alegando mucho yo me encierro a jugar todo el día, pa' alejarme de la realidad y no escuchar nada. (Joven de 16 años. Grupo focal 1)

Estas afirmaciones, permiten comprender como en muchas ocasiones el escenario familiar, y especial el rol de los padres o de las figuras cuidadoras son determinantes para comprender la presencia de algunas adicciones

comportamentales en los adolescentes y jóvenes. Ya que como lo plantean en los testimonios anteriores el hecho de que los padres no realicen un control sobre las prácticas susceptibles de adicción hace que estas incrementen de manera significativa ante la presencia y el desconocimiento de los padres.

Al respecto, (Fernández y otro 2002), refieren que la importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres, como determinante del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocida ampliamente por los especialistas. La familia es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

Así mismo, los autores afirman que en investigaciones realizadas a principios de los años ochenta ya se apuntaban algunos de los factores familiares más importantes relacionados con el consumo de drogas de los hijos: el comportamiento de consumo de drogas de los padres, sus actitudes respecto a las drogas y las interacciones padres-hijo. El último factor se caracterizaba por aspectos como la falta de disciplina o la disciplina incongruente y la falta de afecto paternal. En la actualidad, se habla de dos tipos de factores de riesgo familiares: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia. Estos factores no específicos incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia. Básicamente, se refieren a aspectos relacionados con la estructura y el funcionamiento familiar.

Si bien, en los párrafos anteriores los autores hacen referencia a los determinantes familiares frente el consumo de drogas, es posible considerar

que estos mismos factores se presentan en relación a las adicciones comportamentales. Ya que el comportamiento de los padres frente a conductas adictivas como los juegos de azar, el internet, el video juegos etc. puede influir de manera positiva o negativa en los adolescentes y jóvenes. Así mismo la interacción padre e hijo, el afecto entre ambos y el tipo de disciplina impuesta en el interior de la familia pueden incidir en la aparición de estas conductas.

Para concluir, es importante resaltar la importancia de que la familia sea un núcleo sano y favorable para los adolescentes y jóvenes, en el que puedan contar con una interacción positiva entre padre e hijo, la cual este atravesada por el afecto y el dialogo, así como también por normas y límites claros, que le permitan al joven tener un seguimiento y un control sobre algunas conductas o prácticas que pueden afectar su salud mental.

Categoría 2. Percepción de riesgo frente a las adicciones comportamentales

Para abordar el tema sobre la percepción de riesgo frente a las adicciones, es válido traer a contexto lo que afirman algunos autores,

Las definiciones sobre el riesgo en la literatura son variadas, y no encontramos ninguna que de un sentido unitario al concepto. El riesgo se puede entender desde el plano real y el subjetivo, y se puede valorar desde una vertiente colectiva e individual (Gil 2008). Desde el plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se explica desde una diversificación del concepto, ya que el término se sustenta en las creencias o percepciones que la persona tiene, teniendo una gran variabilidad.

El concepto de percepción se entiende y se explica desde una perspectiva subjetiva del término, unido a conceptos como creencia o actitud. Se trataría de un proceso cognitivo en el que descansa la información que cada persona tiene acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos y que se procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor del mismo (Pastor, 2000).

Así, la percepción del riesgo estaría ubicada en el plano subjetivo de la persona y junto a factores como calidad y cantidad de la información, creencias y actitudes, experiencias, motivación, estereotipos. Hacen que el sujeto asuma el riesgo o no, en función de las características expositivas de cada situación. Por ejemplo, en un supuesto consumo de alcohol, un joven puede percibir bajo riesgo ante el mismo, si en su experiencia personal ha podido comprobar que no ha sufrido malestar o peligro alguno al consumirlo. Si además percibe que está bien informado acerca de la cantidad de alcohol que no entraña riesgos adicionales si no realiza ninguna actividad adicional peligrosa (como conducir), sus creencias y actitudes serán positivas y se sentirá muy motivado para consumir alcohol de “forma controlada” y hacerlo de forma generalizada en las ocasiones que sean similares a las anteriores que fueron exitosas para él. (García 2012)

De acuerdo con García, queda claro que para fines de esta investigación que cuando hablamos de percepción de riesgo nos referimos a un proceso subjetivo, el cual se ve permeado por las diferentes creencias, expectativas, motivaciones, estereotipos, e información que puedan tener o recibir cada sujeto, que dicho de otra manera la percepción de riesgo de una persona se ve permeada por las representaciones sociales que pueda tener la misma sobre determinado hecho o conducta.

De igual modo, y como lo menciono el autor es importante tener presente que la percepción de riesgo puede variar notablemente de un sujeto a otro en relación con otros sujetos de su entorno, ya que este es un proceso subjetivo en el cual las RS del sujeto juegan un papel determinante.

En el trascurso de esta investigación se buscó identificar la percepción de riesgo que tienen los jóvenes y los profesionales en salud frente a las adicciones comportamentales, buscando establecer la relación entre las

prácticas susceptibles de crear adicción y la percepción de riesgo frente a estas.

De cara a lo anterior, en el proceso investigativo se logró identificar la baja percepción de riesgo que tienen la población, en especial los jóvenes y los profesionales en salud que fue la población convocada para esta investigación, frente a las adicciones comportamentales. La mayor parte de la población entrevistada manifestó percibir un bajo riesgo frente a estas conductas, lo cual se debe a que la mayoría de estas están naturalizadas a nivel social, lo que hace que muchas conductas sean practicadas cotidianamente sin llegar a identificar el riesgo que puede traer el exceso de las mismas.

Dentro de la categoría de percepción de riesgo emergieron tres categorías secundarias, las cuales dan cuenta de la percepción de riesgo que tiene la población sobre las adicciones no químicas y los factores que inciden en esta; dichas categorías son: consecuencias fisiológicas de las adicciones no químicas, consecuencias psicosociales de las adicciones no químicas, y, naturalización de las conductas adictivas en relación a la baja percepción de riesgo.

A continuación se desarrollarán cada una de las categorías secundarias:

Percepción de riesgo basada en las consecuencias fisiológicas de las adicciones comportamentales

Una de las formas en las que se identificó que la población percibe el riesgo de las adicciones comportamentales es través de las consecuencias fisiológicas que estas pueden generar en sus vidas. Sin embargo no de todas las conductas adictivas de carácter no químico la población percibe consecuencias fisiológicas, lo que en este caso hace que la percepción de

riesgo que puede tener una persona de una adicción no químicas depende del tipo de conducta y de los efectos colaterales con los que esta se relacionada.

Entre las adicciones comportamentales con mayor percepción de efectos fisiológicos por parte de la población entrevistada están: la ludopatía, la adicción a la comida y la adicción al sexo, sin embargo también se perciben algunos riesgos en las adicciones relacionadas con la tecnología.

Acorde con lo anterior, se dará cuenta de algunas de las consecuencias fisiológicas percibidas por la población y asociadas a cada una de las adicciones nombradas anteriormente.

Una de las adicciones comportamentales de las cuales más se identificaron algunas RS en relación a la percepción de riesgo a través de las consecuencias fisiológicas es la adicción a la comida, frente a la cual tanto los profesionales en salud como los jóvenes entrevistados coinciden en reconocer la obesidad como la principal consecuencia y el principal riesgo que puede tener esta adicción. En este punto es importante destacar que esta RS constituye la percepción de riesgo más fuerte que tiene la población frente a la adicción a la comida.

Si hablamos por ejemplo de una adicción a la comida, sabemos que esta también puede generar implicaciones en la salud de las personas, todo el asunto con la obesidad por ejemplo, ósea desde todas las áreas se afectan, desde lo físico porque hay complicaciones a nivel arterial, movilidad, y otro montón de cosas. (P4: psicólogo, especialista en adicciones)

Creo que el principal riesgo de la adicción a la comida por ejemplo es todo el problema de obesidad, es que es más seguro que muchos de los pacientes que consultan por temas de obesidad de tras de eso lo hay es una adicción a la comida, lo que pasa

lamentablemente es que solo atacamos el síntoma y no vemos lo que hay más allá. (P5: Médico, gerente ESE Hospital)

Y no solo eso, el hecho de que se vuelvan gordos o que sean obesos aparte de generar problemas de salud, también les puede generar en los colegios bullying todo eso, que los hagan a un lado o que les vulneren los derechos. (Joven de 17 años. Grupo focal 1)

Tanto los profesionales en salud como para los jóvenes participantes de la investigación consideran la obesidad como una las principales consecuencias de la adicción a la comida, lo que a su vez la constituyen como la RS más fuerte en la construcción de la percepción de riesgo frente a esta conducta adictiva.

Como se mencionó en la categoría anterior (*representaciones sociales*) la sobre ingesta de comida o la adicción a la comida según Echeberua (1999) puede venir acompañada de obesidad. Sin embargo el autor no es el único que lo plantea, puesto que el estudio realizado por Escandón, (2016) titulado *Comorbilidad entre el trastorno por atracón y obesidad*, el autor afirma que si bien el trastorno por atracón puede darse en personas con normopeso, hay estudios que sugieren que aproximadamente un 27% de las mujeres que buscan tratamiento para perder peso presentan este trastorno. Además, considerando hombres y mujeres que siguen tratamiento para adelgazar, se ha observado que 21% muestra conductas anómalas e insanas respecto a la comida, tales como picar a lo largo del día, darse atracones de comida. De igual modo el autor refiere que debido al reciente reconocimiento oficial del este Trastorno Alimentario, es probable que hasta ahora haya sido sub-diagnosticado, pues por el desconocimiento es posible que muchos pacientes no busquen ayuda y, si lo hacen, que solo sea a causa de un aumento de peso, lo que los lleva a tratamientos cuya única finalidad es el control del peso.

Así mismo, (Sánchez y otro 2002), afirman que la realización de estudios para determinar conductas de atracón en pacientes obesos en tratamiento para reducción ponderal señaló tasas de prevalencia del 30%. Estudios posteriores han demostrado tasas en un amplio rango (1,3-30%) con aumento de prevalencia en relación al grado de obesidad.

Lo anterior, sustenta la relación que plantea la población entre la adicción a la comida y la obesidad, logrando convertir esto en una RS lo suficientemente sólida que puede convertirse a su vez una percepción de riesgo generalizada a nivel poblacional. Lo cual es de resaltar, puesto que no todas las creencias, aunque sean arraigadas a nivel comunitario logran convertirse en percepciones de riesgo, sin embargo, en este caso, es posible pensar que el hecho de que obesidad sea una enfermedad con connotaciones físicas que interfieren directamente la imagen y el desarrollo social de la persona, hace que su percepción de riesgo frente a la misma sea alta.

En esta vía, cabe preguntarnos también, ¿porque si la percepción de riesgo frente a la adicción a la comida y la obesidad es tan alta, la población entrevistada consideran que esta es una de las practicas adictivas más frecuentes en la ciudad?; lo cual posiblemente se deba a la naturalización de esta conducta en nuestra cultura, puesto que pese a que existe una percepción de riesgo alta frente a la misma, esta es una de las conductas con mayor naturalización a nivel social, ya que hace parte incluso de una de las necesidades básicas de todo ser humano.

Otra de las prácticas con mayor percepción de riesgo sustentada en las consecuencias fisiológicas es la adicción al sexo, frente a la cual RS más generalizada por la población, es que dicha adicción puede generar enfermedades de transmisión sexual y afectaciones en los órganos genitales. Cabe resaltar que esta adicción es relacionada por algunos

profesionales con las drogodependencias, las cuales se convierten en un factor de riesgo para la existencia de conductas sexuales compulsivas y no seguras.

Si claro, muy relacionadas, por que la persona en medio de su compulsión y su necesidad de repetir la conducta sexual no suele prevenir o cuidarse frete a este tipo de infecciones, entonces es ahí cuando llega el VIH u otras ETS. Pero yo creo que también esta aliado a una adicción química, ósea todo eso es mesclado, por lo general todo paciente que es consumidor el primer examen que se le hace es la prueba del VIH y sífilis, porque por lo general son pacientes que en medio de su adicción y de su furor por decirlo así, no se dan cuenta de lo que están haciendo, entonces no se protegen o no contralan la conducta sexual o no proveen con quien van a estar. (P3: Enfermera Profesional)

Otra consecuencia es el SIDA, porque el tener muchas relaciones sexuales también trae ese riesgo, sobre todo si ya uno no sabe con quién está, porque es que vea, una persona adicta al sexo que necesita tener sexo a toda hora y ya no se va cuidar de la misma forma, ya eso no le va importar, entonces le puede dar a uno SIDA más fácil. (Joven de 18 años. Grupo focal 3)

Esta percepción de riesgo basada en la creencia que la adicción al sexo puede llegar a propiciar ITS y VIH- SIDA, es también nombrada y sustentada por los estudiosos del tema, lo que hace que esto no solo sea una creencia colectiva propia de una sociedad determinada, sino que la misma tiene un sustento científico.

(Echeburúa 2012: 283) refiriéndose al tema de la adicción al sexo, sostiene,

Como en el caso del resto de las adicciones, el sexo adicción conlleva consecuencias negativas en la vida cotidiana: desmoronamiento de la

autoestima, pérdida de la pareja, riesgo de contraer sida y enfermedades de transmisión sexual, problemas legales derivados del acoso sexual, pensamientos obsesivos en relación con el sexo e incluso intentos de suicidio.

De igual modo, según el Centro de Adicciones de Barcelona (2010) afirma que el 28% de personas con problemas de adicción al sexo han contraído al menos una enfermedad de transmisión sexual.

Con base en lo anterior, es posible concluir que algunas de las consecuencias fisiológicas que pueden generar las adicciones comportamentales pueden llegar a sustentar la percepción de riesgos que las personas tienen de las mismas, lo que a su vez puede hacer que haya un control sobre dicha conducta y que la misma nunca llegue a ser patológica. Sin embargo también es importante resaltar que en muchas ocasiones esta percepción no es lo suficientemente sólida como para evitar que la población tenga un control sobre determinadas prácticas adictivas. Lo cual es posible que se deba a lo que (García 2012), llama optimismo ilusorio. Con dicho concepto el autor hace referencia a la manera en la que las personas generan expectativas optimistas para el futuro en relación a ciertos riesgos. El autor afirma que el optimismo ilusorio hace que perciba el riesgo hacia la salud de una forma muy amortiguada aumentando la confianza de los sujetos a asumir riesgos por sentirse poco o nada vulnerables, tanto en situaciones supuestas, como probables. Y es justo el optimismo ilusorio lo que puede ocurrir en estos casos, ya que aunque la comunidad perciba ciertos riesgos de carácter fisiológicos, estos pueden ser concebidos ilusoriamente positivos, asumiendo que “esto no me pasara a mí”, lo que implica que aunque las personas sean conscientes o conocedoras de los riesgos que traen algunas conductas adictivas, no tomen acciones de control sobre estas, ya que ilusoriamente asumen que los riesgos no ocurrirán, más aun, teniendo presente que la mayoría de estas prácticas adictivas están

socialmente aceptadas, lo que a su vez implica que los riesgos sean minimizados de manera más fácil y rápida.

Sin embargo, es importante tener presente que aunque el riesgo sea minimizado a través del optimismo ilusorio planteado por Del Castillo, o simplemente sea muy bajo, esto no significa que las consecuencias fisiológicas anteriormente mencionadas se detengan, es decir aunque se minimice el riesgo frente a la adicción a la comida y la obesidad, no se detendrá la consecuencia como tal, que en este caso sería la obesidad, por el contrario, el hecho de que haya una baja percepción de riesgo puede hacer que las implicaciones negativas que tienen estas adicciones en la salud física de la población aumenten, ya que, al no haber un control sobre la conducta, los efectos pueden incrementar silenciosamente, afectando la salud de la población.

Percepción de riesgo basada en las consecuencias psicosociales de las adicciones no químicas:

Otra de las maneras en las que se identificó que la población construye su percepción de riesgo es con base en las consecuencias psicosociales que pueden generar las adicciones no químicas, en este punto cabe resaltar que la percepción de riesgo frente a las implicaciones psicosociales de estas conductas están mucho más generalizadas y no siempre están focalizadas con determinada práctica adictiva.

Con respecto a las afectaciones sociales, tanto los profesionales en salud como los jóvenes consideran que el mayor riesgo que puede tener una persona en esta área es el aislamiento y la ruptura social, lo cual genera implicaciones no solo con sus pares, sino también en el ámbito familiar, laboral y académico. Es de resaltar que aunque la población considera que el aislamiento social es una consecuencia de la mayoría de las conductas adictas, estos la asocian más con aquellas prácticas que tienen que ver con

las tecnologías, tales como: la adicción al internet, los videojuegos, entre otros.

Bueno y a nivel social, también lo respondo desde hay, por que la adicción genera un empobrecimiento en todas las áreas de la persona y en la interacción social, por que el sujeto va estar enganchado a esa conducta que le genera ese placer, y en esa repetición y lo que hace es que se aleja para sumergirse en esa conducta. (P2: Psicólogo, especialista en adicciones)

Bueno en lo social, pienso que indiscutiblemente hay ruptura del lazo social, los lazos familiar también se rompen, porque igual son adicciones que quitan mucho espacio, por ejemplo en el caso de las adicciones al internet o a la ludopatía, o a los video juegos la persona pasa todo el tiempo ahí y descuidan las otras áreas de su vida. (P1: psicóloga, mg© en salud mental)

En tanto, los jóvenes afirman,

Yo creo que uno de los mayores problemas con estas adicciones, pues de los que yo he visto es que la gente se aísla, y eso como que pasa con todas las adicciones, como que la gente se dedica hacer eso y no quiere que nadie le diga nada, y se aíslan de todo, incluso yo he visto por la televisión que personas por ejemplo con adicción a los video juegos terminan confundiendo la realidad con la ficción. (Joven de 17 años. Grupo focal 3)

Vean yo tenía un amigo, el salía mucho con nosotros, y los papas de él se separaron y él se ensimismo, y empezó a jugar play y jugar y a jugar, y él se metió en eso, y ya uno le decía que fuéramos a jugar futbol o tomar algo y así, y no ya el no salía, hasta que nosotros nos cansamos de decirle y lo dejamos. (Joven de 15 años. Grupo focal 1)

Es que uno se pone a pensar en eso, y hasta nosotros mismos nos alejamos por estar en el celular chatee y chatee, y a lo bien uno a veces no cae en cuenta de que se está aislando o está dejando de

*compartir con los demás por estar ahí pegado. (Joven de 18 años.
Grupo focal 2)*

Con lo declarado por los participantes, es posible comprender como para población entrevistada el aislamiento social se constituye no solo en una afectación derivada por las conductas adictivas, sino que también es una RS generalizada que aporta a la percepción de riesgo que puede tener muchos jóvenes frente a las adicciones no químicas. En este punto es importante resaltar que dicho aislamiento es reconocido por la población no solo por un imaginario social, sino también en experiencias vividas por ellos mismos o por sus pares.

En esta vía, es importante traer a colación el estudio realizado por (Benítez y otros 2016), titulado *El aislamiento social, como consecuencia del uso excesivo y móviles en adolescentes*. En el cual los autores dicen:

El aislamiento social es una condición que es percibida de distintas formas tanto por las características propias de la persona, esto es su personalidad y carácter, como por el grupo al que pertenecen; puesto que el estar solo físicamente, no implica en estricto que la persona se sienta aislado socialmente, aunado a esto se encuentra la etapa o situación en la que la persona se encuentre puesto que como las experiencias sociales cambian, también lo hacen las expectativas acerca de las interacciones sociales y las percepciones de lo que constituye el aislamiento social (Berrios y otro 2005: 26).

Por su parte (Serrano 2014), establece una relación entre el uso adictivo del internet y el aislamiento social, la cual se genera debido a diversos factores de riesgo que aplican tanto para el aislamiento social como para la adicción a internet, entre los cuales se encuentran: el ser adolescente, la inestabilidad afectiva, baja autoestima, inseguridad y timidez. Sin embargo, debe quedar claro que estos factores no son determinantes de que se tenga

una adicción a internet que produzca aislamiento social. Aunque son factores de riesgo que en determinado momento pueden propiciar que el adolescente con un abuso o dependencia al internet o las tecnologías genere aislamiento social.

Los resultados obtenidos por (Benítez y otros 2016), permiten dilucidar que al realizar una correlación de Pearson se encontró que existe una baja correlación entre la adicción al móvil y soledad social ($r_p=0.488$). Sin embargo se encontró que hay una alta correlación entre adicción a internet y soledad social ($r_p=0.610$), asimismo entre adicción al móvil y adicción a internet ($r_p=0.763$), lo que denota claramente que tener un aparato electrónico por sí solo, no provoca reacciones de aislamiento social, sin embargo si el aparato tiene la opción de conectarlo a internet, muy probablemente el adolescente lo conectará y esto provocará que el joven teniendo internet en su móvil, o aparato electrónico, empiece a tener conductas de aislamiento social.

Lo anterior, es un punto de gran importancia, ya que este tipo de hallazgos investigativos permiten comprender que no todo aquel que tiene un dispositivo móvil puede generar una conducta adictiva de este tipo, siendo necesario la presencia de otros factores, no solo externos, sino también de carácter individual para poder llegar a generar este tipo de prácticas adictivas.

Sin embargo, el aislamiento social, no solo es una consecuencia propia de esta práctica adictiva, puesto que toda adicción en si misma genera como efecto colateral un aislamiento y ruptura del núcleo social, y en este caso las adicciones no químicas o comportamentales no son la excepción. Puesto que si nos remitimos a los criterios dados por (Echeburrua 1999: 23) para identificar una adicción no química encontraremos que estos implican:

- a. La conducta tiende hacerse cada vez más frecuente, haciendo que el sujeto pierda interés con otro tipo de actividades que anteriormente eran gratificantes para él.
- b. Experimentación de un deseo intenso, sentido de manera periódica, por llevar a cabo la conducta, el cual está acompañado de una alta expectativa de alivio del malestar que se va a sentir a través de la conducta.

Estos criterios, entre muchos otros planteados por el autor, demuestran el impacto que tiene la conducta adictiva en el sujeto, lo cual podemos relacionar de manera directa con el aislamiento social, comprendiendo que el hecho de que la persona quiera realizar de manera frecuente determinada conducta, perdiendo el interés por otras actividades, y sintiendo un deseo intenso e incontrolable por llevar a cabo su práctica adictiva, producirá como consecuencia directa un aislamiento por parte de la persona de todos su núcleo social, teniendo un impacto no solo en sus relaciones con pares, sino también en su entorno familiar.

De igual modo, a nivel psicológico se identifican algunas representaciones sociales relacionadas con la percepción de riesgo que tiene la población frente a estas adicciones. La principal hace a alusión a los síntomas de ansiedad y depresión que pueden generar estas adicciones, lo cual en muchas ocasiones puede llegar a convertirse en un trastorno de ansiedad o en una depresión como tal.

Con relación a estos postulados, algunos de los profesionales entrevistados, aseveran,

Creo que uno de los impactos más fuertes a nivel psicológico y mental que deja este tipo de adicciones son los trastornos de ansiedad y depresión, de hecho en mi consulta particular he llegado a tener

casos donde consulta por trastorno de ansiedad y cuando indago hay de fondo adicción al juego, o al sexo. (P8: Médico psiquiatra)

Pues mira yo creo que lo más complicado de estas adicciones es el cuadro de ansiedad que genera en las personas, ansiedad y depresión porque casi siempre van muy de la mano, porque por un lado la persona siente ansiedad de repetir la conducta todo el tiempo, y además se deprimen sino lo hacen o también se deprimen al ver las consecuencias que le está generando ese problema, ¿si me entiende? (P5: Médico, Gerente de Ese Hospital)

Teniendo en cuenta lo anterior, la ansiedad por realizar determinada conducta es uno de criterios a tener en cuenta a la hora de evaluar si esta conducta es patológica o no, sin embargo es importante tener presente que el desencadenamiento de una adicción ya sea de carácter químico o no químico, puede detonar un trastorno de ansiedad como tal, lo cual a su vez puede hacer que muchas personas acudan a buscar ayuda más por estos síntomas colaterales relacionados con cuadros de ansiedad o depresión que por la conducta adictiva como tal, lo que implica que la experticia de los profesionales en salud se hace indispensable para poder identificar si de tras de un cuadro de ansiedad o depresión lo que hay de base es una adicción comportamental.

En esta vía, es importante tener presente que tanto la depresión, como la ansiedad son enfermedades de gran interés para la salud pública en la actualidad, las cuales tienen un incremento cada vez más significativo en la población. Al respecto, (Restrepo y otros 2006 citando a la OMS 2006), afirman que la depresión unipolar es la principal causa de vida perdidos por discapacidad, siendo en los países desarrollados el cuarto problema de salud pública más importante, con una tasa del 3.4% de morbilidad. Así mismo los autores refieren que en Colombia se han realizado diversos análisis de la prevalencia de depresión a partir de los datos obtenidos en la primera encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias

psicoactivas aplicada a 25.135 personas (1997), demostrando que el 11.8% de la población encuestada mostraba depresión leve y el 4% sufría de depresión mayor; por lo que en Colombia la depresión se convierte en un problema actual de salud pública, que según los autores, requiere mayor atención y un conocimiento más preciso sobre la distribución en las diferentes regiones del país.

Con base en lo anterior, es posible comprender las adicciones comportamentales como un factor detonante de enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad y el aislamiento social, lo que a su vez, nos permite comprender que si bien, la adicción comportamental en sí misma no es problema de salud, sus consecuencias psicosociales si son un tema de interés para la salud pública, esto debido al impacto que tienen enfermedades como la depresión y la ansiedad en los años de vida de una persona y en la morbilidad y mortalidad de la población.

Naturalización de las conductas adictivas, en relación a la baja percepción de riesgo que tiene la población sobre las adicciones comportamentales

Si bien en la categoría de representaciones sociales se estableció una categoría secundaria titulada: *naturalización de las adicciones comportamentales*, a continuación, se pretende mostrar como la naturalización de las conductas adictivas incide de manera directa en la percepción de riesgo que la población tiene sobre estas.

Como se mencionó anteriormente, para fines de esta investigación, el concepto se toma el concepto planteado por (Márquez 1981), en donde presenta la naturalización como un fenómeno que lleva a los hombres a considerar sus acciones y sus creencias como naturales, ligadas a su naturaleza.

Uno de los hallazgos más significativos de esta investigación consiste en identificar como un fenómeno como la naturalización, incide de manera directa en la percepción de riesgo que tiene la población sobre las adicciones comportamentales. El proceso de recolección y análisis de la información debelo como la mayoría de las conductas adictivas de carácter comportamental están naturalizadas por la comunidad, esto, debido a que la mayoría de conductas tienen una alta aceptación social y hacen parte de la vida cotidiana de las personas. En este caso hay una gran diferencia en relación a las adicciones químicas, las cuales no cuentan con dicha aceptación y al no estar naturalizadas por la población la percepción de riesgo puede ser mucho más alta. Sin embargo una las grandes dificultades que existen a la hora comprender el impacto de las adicciones comportamentales es la naturalización con la que cuentan dichas conductas por parte de las comunidades.

Para soportar lo descrito en apartados anteriores, la población entrevistada apunta,

Creo que es porque la conducta adictiva aún no ha sido reconocida socialmente como un problema, por lo tanto también cuesta un poco más identificar el impacto negativo de estas, o en otras ocasiones lo que pasa es que su impacto se visualiza más lento que las adicciones químicas, pero es por lo mismo, por que como las ves tan normal no se dimensiona el impacto. (P4: Psicólogo, especialista en adicciones)

Lo que ocurre es que estas conductas están naturalizadas a nivel social, y eso obviamente impide su intervención. Digamos que ese es el apellido de las adicciones comportamentales están “socialmente aceptadas” por lo tanto a nivel social no se ve como peligroso o problemático a una persona que tiene un comportamiento adictivo, en comparación de alguien que consume alguna sustancia, sin embargo yo creo que es justamente eso hace que la disfuncionalidad de estas adicciones tengan mayor impacto en la persona. (P10: Especialista en farmacodependencia, Mg educación)

Si yo creo que si son un problema muy grande, pero es más difícil tomar conciencia sobre ellas, yo creo que son cosas que están tan normalizadas que no es tan fácil que se tome conciencia, entonces la gente las sigue haciendo así en extremo por que no sabe dimensionan los daños que les puede traer. (Joven de 15 años, grupo focal 3)

De ahí entonces, que es posible comprender como la naturalización juega un papel determinante en la construcción de la percepción de riesgo que tenga determinada población sobre las adicciones comportamentales. Lo cual es debido a la función de ideológica de la naturalización, la cual según (Seco 2013) conduce a la individualización de los problemas sociales, negando soluciones de índole colectiva. Es decir, al naturalizar determinada conducta o problema social se individualiza y no se permite construir soluciones colectivas que puedan afrontar la misma, dicho de otra forma, si se naturaliza la adicción a la comida, el sexo, o el juego, traspalándola a una situación de carácter individual y no colectivo, no podrán generar acciones de intervención al respecto, puesto que esta no se está comprendiendo en el marco colectivo y por lo tanto no se puede pedir a las instancias gubernamentales, estatales y sociales que generen acciones preventivas y de intervención al respecto.

Pero principalmente si la población naturaliza estas conductas impidiendo comprender el riesgo de las mismas, no se podrá generar acciones de control por parte de la misma comunidad, puesto que independiente de que el estado intervenga o no determinado problemática, la sociedad tiene en sí misma una función de control social.

Al plantear la situación problemática de esta investigación se dijo que si la comunidad no reconoce las adicciones comportamentales como un problema entonces no podrán exigir a las instancias gubernamentales

acciones de prevención e intervención sobre estas; ahora, es posible comprender que estas adicciones están naturalizadas por la población y que mientras lo estén será muy difícil que la misma comunidad ejerza control y genere demanda para intervenir estas adicciones; lo cual a largo implica que la co- morbilidad asociada a las adicciones comportamentales aumentara de manera significativa.

En definitiva y para concluir, esta categoría de percepción de riesgo, es preciso traer a colación lo dicho por (Echeburua 1999: 15/16)

La percepción social es diferente en función de los diversos tipos de adicciones. Todas son valoradas como negativas, pero el grado de desaprobación varia. En el extremo de mayor rechazo se sitúa la conducta adictiva considerada como delito (exhibicionismo, por ejemplo), en punto intermedio de desaprobación mayor se valoran aquellas adicciones consideradas como enfermedad (ludopatía, por ejemplo); y en el extremo de menor rechazo se sitúan las adicciones consideradas meramente como un mal hábito (ejemplo: la adicción a la comida). Esas diferentes percepciones sociales tienen diversas implicaciones para la posible necesidad de tratamiento, el control que se espera de la persona y la gravedad de las consecuencias.

Con base en lo planteado por el autor, es posible explicar como no todas las conductas adictivas cuentan con la misma percepción de riesgo, ya que esta, como se mencionó en el trascurso de la categoría, varía acorde a cada conducta adictiva. A nivel social es posible encontrar mayor percepción de riesgo en conductas como la ludopatía, que si bien, sigue estando naturalizada socialmente, en algunos casos ya empieza a ser concebida como problemática, sobre todo por aquellas personas que han tenido que ver a algún familiar o persona cercana presentar la conducta, sin embargo siguen habiendo conductas adictivas tales como la comida, el sexo, el trabajo, el deporte o las compras que aún son consideradas tanto por la comunidad en general, como por la academia, como “malos hábitos”, y no

como conductas de carácter adictivo que pueden afectar la salud mental de la persona que la práctica.

Categoría 3. Prácticas adictivas de carácter comportamental con mayor reconocimiento en la ciudad de Medellín

Si bien, la mayoría de prácticas adictivas en la ciudad de Medellín están naturalizadas por su población; en el proceso de recolección y análisis de la información se logró identificar cuáles son aquellas prácticas adictivas de carácter no químico con mayor reconocimiento por parte de la población.

De cara a esto es importante traer a colación lo dicho por (Echeburua 1999: 20), en donde refiriéndose al tema de las adicciones comportamentales afirma:

Las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias psicoactivas, como los opiáceos, nicotina o alcohol, ya que existen ciertos hábitos aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas. Cualquier conducta placentera tiende a repetirse y puede ser por ello, susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Pero es importante señalar que esto solo ocurre cuando una persona manifiesta pérdida de control, continúa realizándola a pesar de las consecuencias negativas que tiene, se muestra desasosegado si no puede llevarla a cabo de inmediato y pierde el interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes.

De acuerdo con lo planteado por el autor, es importante centrarnos en algunos conceptos presentados en la párrafo anterior, el primero de ellos, hace alusión a los hábitos aparentemente inofensivos que puede convertirse en adictivos; este concepto es importante tenerlo en cuenta, puesto que la mayoría de prácticas adictivas presentes en la ciudad cumplen con esta

característica, son hábitos aparentemente inofensivos y por lo tanto están naturalizados por la población, pero el hecho de que se perciban de esta manera, no quiere decir que no generen riesgo si se realizan en exceso.

Otro concepto a subrayar es en el que el autor plantea que cualquier conducta placentera que tiende a repetirse puede ser susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo; en este punto es importante tener presente que si determinada conducta es placentera y genera un efecto dopaminérgico en el sujeto lo más probable es que la conducta sea repetida, el sujeto buscará nuevamente obtener el placer asociado con la conducta (Cía 2017), lo que a su vez se convierte en un riesgo de generar una conducta patológica u adictiva.

Frente a esto, (Cía 2017) dice que así como el consumo de ciertas sustancias produce en el sistema nervioso central un aumento considerable de dopamina, teniendo como fin último una sensación de euforia y un deseo de repetir la conducta, así mismo el aumento de dopamina puede generarse por otro tipo de conductas, tales como: el juego patológico, las relaciones sexuales descontroladas, las compras compulsivas, etc. De igual modo, el autor afirma, que si una persona pierde el control sobre una conducta que le es placentera, y dicha conducta sobresale sobre el resto de actividades en su vida cotidiana, entonces se habrá convertido en un adicto conductual.

En este punto cabe resaltar que el problema no es la conducta placentera, sino el control que se tenga sobre la misma, de igual modo, es importante tener presente que aunque todos en algún momento de la vida realizamos conductas como tales como el comer, comprar, tener sexo, usar el internet, trabajar, o practicar algún juego de azar, no todos desarrollamos patrones de adicción sobre las mismas, es decir aunque todos en algún momento hemos sentido placer por comer, o al tener una relación sexual, no todos desarrollamos una adicción a la comida u al sexo; lo que implica que para

que se presente una conducta adictiva es necesario que la persona pierda el control sobre esta, y busque seguir realizándola pese a los efectos negativos que esta le ocasiona.

Al respecto, (Cia 2017) dice que el aspecto nuclear de la adicción conductual no es el tipo de conducta implicada, sino la forma de relación que el sujeto establece con ella. En realidad, cualquier actividad normal que resulte placentera para un individuo puede convertirse en una conducta adictiva como lo dice (Echeburua 1999). Lo esencial del trastorno es que el enfermo pierde el control sobre la actividad elegida y continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas de todo tipo que ella produce.

En trascurso de esta investigación se logró identificar acorde a las representaciones sociales que tienen los profesionales en salud y los jóvenes de la ciudad de Medellín cuales son las conductas adictivas con mayor reconocimiento y más frecuentes en la ciudad; entre las cuales encontramos: la adicción al juego, adicción a los video juegos, adicción al sexo, adicción a la comida, y adicción al internet.

A continuación estas adicciones serán desarrolladas como categorías secundarias en relación a la categoría número 3.

Adicción a los juegos de azar en la ciudad de Medellín:

El juego patológico o la ludopatía, está considerado en la literatura científica como una conducta adictiva, como una enfermedad que debe ser tratada. Actualmente este ha sido reconocido por el DSM 5 como un trastorno con nosología propia, el cual está enmarcado en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, específicamente está reconocido como un trastorno no relacionado con sustancias (312.31-

F63.0), y aunque este es un gran avance, manuales como CIE 10 aún no reconocen la nosología de este.

Indudablemente, la conducta adictiva relacionada con el juego de azar se convierte en la conducta con mayor reconocimiento por parte de la población entrevistada, es decir, no solo es de la que más ha escuchado, sino que también, consideran que es la conducta adictiva con mayor presencia en la ciudad de Medellín. Lo cual posiblemente a la cultura de juego y apuestas que se ha instaurado en la ciudad de manera histórica y la cual se desarrolló en la categoría número 1.

Los casinos, cada vez vemos más casinos en la ciudad, más grandes, más llamativos y sabemos que por ejemplo que hay personas que llegan a estas lugares e invierten lo que no tienen y a veces eso se vuela como un mito urbano, “hay que una persona empeño la casa por jugar” pero realmente no es un mito, es la realidad de la ciudad y de esta adicción, y desde las apuestas de barrio, las casas de bingos, los grandes casinos estrato 6, siempre van a ver personas que se adictas al juego. (P2: Psicólogo, especialista en adicciones)

Otra adicción que en esta ciudad se ve mucho, es a la maquinitas, las maquinas traga monedas, que ahora no son tragamonedas sino traga billetes de 5000\$ (risa), primero eran solo monedas, pero ahora no, ahora también billetes. Y aquí ha habido mucha patología por adicción a esas máquinas, y todo es juego, todo eso es ludopatía. (P5: Médico, Gerente ESE Hospital)

Mira para mi hay una adicción en particular en Medellín que tiene una alta prevalencia en la ciudad, pero no se ha investigado lo suficiente porque hay grupos al margen de la ley con intereses puestos ahí y no permiten que se indague mucho en el tema y es la ludopatía, pero mira cada vez vemos más casino, más casas de apuestas en los barrios, bingos, etc., y siempre están llenos, eso habla de la

prevalencia de esta adicción en la ciudad. (P7: Magister en salud pública)

Indudablemente los juegos de azar hacen gran presencia en la ciudad de Medellín, manifestándose de diversas maneras, y en esta vía, los testimonios anteriores muestran como para la población entrevistada la conducta adictiva relacionada con el juego se presenta en la ciudad no solo a través de casinos, sino también con los bingos, las apuestas barriales, y las máquinas tragamonedas, lo que permite comprender que esta conducta adictiva es inherente al estrato socioeconómico de las personas y los diferentes sectores de la ciudad en los convivan.

Al respecto, (Calderón y otros 2016: 105), en el estudio titulado: *Factores de riesgo para la ludopatía en un grupo de jugadores de casino de la ciudad de Medellín- Colombia*, afirman que:

Existe entre todos los entrevistados una percepción evidente de que el aumento de la ludopatía en nuestro medio está directamente relacionado con la profusión de casinos y el aumento extraordinario de máquinas tragamonedas y salas de juego, en los barrios de la ciudad. En Medellín existían, para el 2006, 79 casinos y salas de juego, registrados por la Empresa Territorial para la Salud – ETESA- que es la entidad del Estado que regía los juegos de azar en Colombia. En el 2016, el número de sitios autorizados para juego registrados por COLJUEGOS, entidad que reemplazó a ETESA es alrededor de 802, lo que implica un crecimiento de casi el 1.000 por ciento. La población total de la ciudad de Medellín en para el año 2015, es de 2.464.322 habitantes, lo que da un promedio de un lugar autorizado de juego por cada 3100 habitantes, quizás una de las proporciones más densas del mundo.

Haciendo un paralelo, según datos aportados en el trabajo de Golfard (2008) cabe señalar que en España, país de 46 millones de habitantes, existen 46 casinos repartidos en todo su territorio.

Argentina, por su lado según el mismo trabajo de Golffard, cuenta con 120 casinos en todo su territorio y con 45 mil máquinas tragamonedas y Perú, tiene sólo 7 salas de juego calificadas como casinos, con 56.935 máquinas distribuidas en 977 establecimientos.

Lo anterior, muestra como la presencia de casinos, casas de apuestas y otros escenarios para los juegos de azar han aumentado notablemente en la ciudad en los últimos años, lo cual no solo habla de la oferta que tiene la población Medellínense para acceder a juegos de azar, sino también lo propensa que esta dicha población a generar abuso y dependencia a estos.

(Calderón y otros 2010: 105), aseveran,

Desde hace un par de años Medellín se ha venido poblando de enormes edificios decorados por vistosos letreros multicolores que alumbran las calles. Parece ser que “la ciudad de la eterna primavera” es el blanco de diferentes empresas nacionales e internacionales de casinos que quieren convertirla en una especie de Las Vegas Paisa. De igual forma las tiendas de barrio, carnicerías y hasta peluquerías de la comuna de esta ciudad se han llenado de máquinas tragamonedas que ofrecen esparcimiento y una oportunidad de multiplicar el dinero de los habitantes de estos sectores, ambos fenómenos han tenido repercusiones negativas para la ciudad en el campo tributario y en la seguridad.

Con lo planteado por los autores, es posible entender cómo esta conducta adictiva no solo está reconocida por la población, sino también por la comunidad científica y estudiosos del tema en la ciudad, y esto se debe a la presencia que ha hecho esta práctica por décadas en el territorio Antioqueño, convirtiéndola en una práctica adictiva instaurada en la historia cultural de la ciudad, la cual ha atravesado diferentes generaciones. Y no solo se ha sostenido en el tiempo, sino que también ha aumentado su

presencia en la ciudad, muestra de ello es el incremento notable de casinos y otros escenarios para el juego de azar en Medellín.

Es importante tener presente, que el hecho de que esta conducta sea tan reconocida por la población en la ciudad de Medellín, habla de la alta prevalencia de esta adicción ciudad, lo cual indudablemente afecta la salud pública de la población, ya que esta, no solo afecta a la persona adicta al juego, sino también a su núcleo familiar y personas cercanas.

Al respecto (Ramos 2006: 97), afirma,

Lo importante en la ludopatía no es la cantidad jugada, sino que se juegue todo el dinero disponible (y más) y sólo se pueda parar de jugar cuando este se termina o cierran el local, no por iniciativa del sujeto. Esta es una diferencia esencial respecto al jugador social, que limita siempre las cantidades a exponer. Pero es un problema serio porque afecta a un número muy importante de ciudadanos, lo que le convierte en un problema de salud pública. Y es un problema serio porque por cada ludópata hay al menos un familiar que también sufre las consecuencias económicas y emocionales de la adicción. La ludopatía se convierte así, además, en un problema de tipo social.

Por lo anterior, es posible concluir que la adicción a los juegos de azar genera diversas problemáticas tanto a nivel individual como social, con fuertes implicaciones para la salud mental de la persona adicta y de sus familiares, por lo cual se puede considerar esta adicción como un problema de salud pública, en la medida en la que las consecuencias de esta problemática no solo afecta al adicto, sino también a sus núcleos más cercanos.

Adicción a la comida en la ciudad de Medellín

Según (Echeburua 1999: 44) la sobre ingesta compulsiva, reflejo de la adicción a la comida, supone la comida, supone presencia regular de atracones sin control por parte del sujeto. Estos se inician de una forma brusca, precedida de una sensación de hambre voraz incontenible y suponen la ingestión, habitualmente en solitario o a escondidas, en una gran cantidad de alimentos (sobre todo pastas, chocolates, dulces, y otros productos de alto nivel calórico, como las patatas fritas), en periodos muy cortos, hasta que el sujeto se encuentre desagradablemente lleno. El consumo de calorías en cada atracón puede oscilar entre 1500 y 5000.

Los efectos de los atracones son gratificantes de inmediato, generando reducción de la ansiedad y sensación de euforia, pero a los pocos minutos generan un malestar físico (dolores abdominales, somnolencia, sensación de pesadez, etc.); y desasosiego psicológico (sentimientos de culpa ante la pérdida del control, descenso de autoestima, estado de ánimo deprimido, profundo malestar al recordar el atracón, etc.) A su vez, este nivel de malestar hace más probable la aparición de nuevos atracones, que a modo de auto terapia consigue reducir solo momentáneamente el malestar.

La adicción a la comida, es la segunda conducta adictiva con mayor reconocimiento por parte de la población entrevistada. En particular los profesionales en salud mencionan ser una de las conductas por las que mayor consulta recibe en relación a este tema. Cabe resaltar que el motivo de consulta no siempre es por la conducta como tal, sino los afectos relacionados con la misma, en especial la obesidad.

También podemos ver que hay otra problemática presente en cuanto al tema de las adicciones no químicas y es la adicción a la comida, en Medellín hay cada vez más personas obesas, hay cada vez más personas sufriendo de un trastorno que se llama trastorno por atracón, ¿y qué es eso?, atracones de comida, una adicción a la

comida que no se puede parar, y nos importa muy poquito, porque nos hemos preocupado más y nos hemos centrado en las drogodependencias. (P2: Psicólogo, especialista en adicciones)

Bueno una adicción que si se encuentra mucho es la relacionada con la comida, muchas personas comen compulsivamente y llegan y consultan por obesidad y por problemas cardíacos, pero lo que hay de base es la adicción a la comida. (P3: Enfermera profesional)

Si bien, prevalencia de adicción a la comida no se encuentra en el mismo nivel de los países norteamericanos y algunos del continente Europeo, es importante comprender que esta conducta adictiva cada vez tiene más reconocimiento en la ciudad, lo cual se debe posiblemente influyen dos de los factores desarrollados en la categoría número 1, el primero de ellos hace alusión al dar afecto a través de la comida, lo cual obedece a las costumbres culturales de Antioquia; y en segundo lugar el consumismo social, el cual también ha llegado a influenciar el incremento de esta conducta de manera compulsiva en la ciudad.

Sin embargo, es importante tener presente lo planteado por diversos autores en relación a esta conducta en particular, la cual hace parte de las necesidades básicas de toda persona, existe una gran diferencia entre el comer mucho y la adicción a la comida, y esta se basa precisamente en que en la conducta adictiva la sobre ingesta de alimentos se ve controlada más por reforzadores negativos tales como el alivio del malestar; convirtiendo la comida en el eje de la vida de adicto. Diversos autores han encontrado características similares a las adicciones químicas entre los adictos a la comida (Gearhardt y otros 2009; Gold y otros 2003; Volkow y otros 2007): pérdida de control sobre el consumo de alimentos, dependencia (reflejada en la incapacidad para detener el consumo a pesar de las consecuencias negativas), tolerancia (necesidad de un mayor consumo de alimentos para tener la misma sensación de ansiedad) e, incluso, síntomas de abstinencia.

Con base en lo anterior, la adicción a la comida es una de las adicciones comportamentales que mayor incidencia puede tener para la salud pública de la población, esto debido a que esta praxis está directamente relacionada con la obesidad y con enfermedades cardiovasculares. Incluso, una de las profesionales en salud entrevistada afirma que muchas de las consultas por obesidad o problemas cardiacos pueden obedecer a problemas con esta conducta adictiva. Así mismo, otra de las profesionales en epidemiología, considera que la adicción a la comida como tal no es un problema de salud pública en la ciudad, pero si lo es la consecuencia de esta que sería en muchos casos la obesidad.

Indiscutiblemente esto va hacer un problema de salud pública mayor, pero pienso que más que esta adicción sea un problema de salud pública, lo son sus consecuencias. Porque vemos que esta adicción a la comida puede generar obesidad por exceso calórico y esto si es un gran problema para la salud pública de un territorio. (P6: Epidemióloga)

Es necesario el reconocimiento de estas conductas adictivas como un problema que puede afectar directa e indirectamente la salud de la población, sin embargo este reconocimiento no será posible si se sigue tratando esta conducta de manera normal y no como un problema que merece toda la atención e intervención por parte de las familias, los afectados, los profesionales y el Estado.

Es importante resaltar, que aunque la mayoría de los profesionales en salud entrevistados, reconocen la adicción a la comida como una conducta presente de manera significativa en la ciudad, hubo una de las expertas en el tema, que considera que esta conducta es necesario estudiarla mucho más para así establecer diferencias entre el trastorno por atracón y la adicción a la comida. La profesional argumenta que no se puede llamar de diferentes formas una misma conducta patológica.

Bueno mira, a mí la verdad me da un temor con las adicciones comportamentales y es que empecemos a caer en el asunto de que todo poder ser una adicción, y creo que con la comida me pasa eso, me da temor que una conducta que si bien si hay un exceso, puede ser visto también como un trastorno por atracón, entonces creo que es una de las conductas que hay que investigar mucho más, para poder distinguir la diferencia entre trastorno por atracón y adicción a la comida, y que no sea que le estamos poniendo otro nombre al trastorno por atracón. (P9: Especialista en farmacodependencia, Mg en educación)

Si bien, como lo menciona la entrevistada es importante realizar más estudios investigativos frente a esta adicción y sus similitudes y diferencias con el trastorno por atracón; existen algunos estudios que establecen las cualidades adictivas que tienen el trastorno por atracón y su incidencia en la obesidad, entre estos se encuentra el estudio realizado por (Meule y otros 2016: 16), en el cual se afirma

En los individuos con obesidad y trastorno por atracón (TA), los patrones de alimentación pueden mostrar cualidades adictivas, con similitudes con los trastornos por consumo de drogas en los niveles de comportamiento y neurobiológicos. La Escala Yale de Adicción a la Comida (YFAS) fue desarrollada según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, los criterios diagnósticos para los trastornos por consumo de drogas y la adicción a la comida se puede diagnosticar cuando se den al menos tres síntomas de adicción y exista un deterioro o malestar clínicamente significativos. Cabe resaltar que aunque la prevalencia de los diagnósticos de adicción a la comida se ha incrementado entre las personas con obesidad y TA, estudios recientes que utilizaron la YFAS demostraron que también hay individuos con peso normal que pueden clasificarse como “adictos a la comida”

De ahí que sea válido tener presente que la adicción a la comida sigue siendo una conducta controversial en el gremio académico, lo cual devela la importancia de seguir adelantando estudios que permitan esclarecer dudas al respecto, sin embargo, esta es una conducta con reconocimiento por la población entrevistada, lo que permite a su vez distinguir a prevalencia que puede tener la misma en la ciudad de Medellín, y las ampliaciones que se puedan presentar debido a la comorbilidad de esta adicción con la obesidad.

Adicción a los videojuegos en la ciudad de Medellín

La adicción a los video juegos es una de las que más confusiones causa en el medio académico, ya que sus criterios diagnósticos tienen fuertes similitudes con los del juego patológico, sin embargo, y pese a las diferencias existentes entre los estudiosos del tema, existe el consenso de que el exceso de esta conducta puede generar afectaciones en la socialización de la persona y en otras áreas importantes de su vida.

Cabe resaltar que esta adicción una de las conductas adictivas más reconocidas principalmente por la población juvenil entrevistada. En la mayoría de grupos focales los jóvenes reconocieron practicar esta conducta de manera excesiva en muchas ocasiones, lo que hace que el reconocimiento de la misma no sea solo de manera externa, sino también en sus propias vidas.

Pero yo si tengo amigos que ya no salen por quedasen jugando play, y juegan solos, todo el día, hay uno q e a veces no va a estudiar porque se emperícala tanto que no es capaz de parar.” Joven de 14 años. Grupo focal 1.

Sí, mi primo, vea desde que el tenia por ahí 13 años él se volvió muy adicto a los video juegos y cuando perdía en un mundo o algo así hasta se enfermaba, lloraba, más teso, a veces él iba a mi casa y nos poníamos a jugar mi hermanito, él y yo, y cuando perdía le daba disque vómito, disque no podía respirar, o disque no vea bien, pero

mis tíos si le tuvieron que buscar a él un tratamiento por que ya estaba volviendo loco con eso. Joven de 16 años. Grupo focal 3.

De igual modo los profesionales en salud y expertos en el tema consideran que la adicción a los videojuegos puede tener una alta prevalencia en la ciudad, principalmente en la población adolescente del territorio.

Creo que hay una conducta adictiva que se viene presentando mucho en la ciudad, y es la adicción a los video juegos, sobre todo en los chicos los adolescentes es muy notoria, y ya empieza a ver implicaciones en sus vidas, porque son chicos se aíslan, no socializan, y pasan gran parte de su tiempo jugando, incluso presenta síndrome de abstinencia si paran de jugar, y eso que te digo pasa acá en la ciudad. (P8: Médico Psiquiatra)

La mayoría de estudios realizados frente a esta conducta adictiva, concluyen que tanto los niños como los adolescentes son los grupos poblacionales con mayor tendencia a practicar dicha conducta de manera frecuente.

(Moncada y otro 2012) en el estudio titulado *Efectos de los videojuegos en variables sociales, psicológicas y fisiológicas en niños y adolescentes*, sostienen,

De acuerdo con (Holtz y Appel 2011), en la adolescencia temprana se pasa más tiempo en internet y usando videojuegos que en cualquier otra etapa de la vida. En su estudio con 205 adolescentes austriacos con edades entre 10 y 14 años, los investigadores han encontrado que los videojuegos de apuestas en línea, que utilizaban internet y que se apropiaban del personaje (e.g., un asesino disparando balas) eran variables predictoras de conductas como la agresión y la delincuencia. También han descrito que cuando el videojuego era

más acerca de interpretar un personaje («role-playing») se convertía en un factor predictor de aislamiento y ansiedad en el adolescente. Por ello, el juego también puede ser patológico, especialmente porque actualmente existen formas para inducir a las personas a gastar su dinero en línea (i.e., por internet), como por ejemplo, las apuestas, en donde los juegos son accesibles y atractivos para los jóvenes (King y otros 2010: 230).

El problema no es la práctica de la conducta en sí, sino el exceso de estas y los efectos que dichos excesos pueden causar en la vida del sujeto. Y esto, los autores lo dejan claro en el párrafo anterior, en donde no solo argumentan como la población juvenil puede ser la más afectada con esta problemática, sino que también refieren algunas de las consecuencias que pueden generar estos videojuegos en la vida de cada joven.

Para concluir, es importante tener presente que aunque esta conducta hasta hace poco empezó a ser reconocida por el CIE11 y la OMS como una enfermedad mental, lo cual es un gran avance, esta, también cuenta un reconocimiento social, ya que muchos de los jóvenes no solo la practican, sino que reconocen el exceso de la misma en ellos y en sus pares. Es por esta razón que se hace importante seguir generando estudios que permitan establecer el nivel adictivo de los videojuegos en la vida de las personas, en especial de los niños, adolescentes y jóvenes que son los más vulnerables a esta práctica, y quienes asumen de manera directa las consecuencias psicosociales que esta conducta adictiva genera, ya que el aislamiento social, y los trastornos de ansiedad derivados de esta adicción pueden llegar a afectar el sano desarrollo de las diferentes áreas de la vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; lo cual, sin duda alguna, se convierte en una fuerte amenaza para la salud mental de estos grupos poblacionales, por lo que es de vital importancia que la salud pública tome acciones de prevención frente a esta problemática.

Adicción al internet en la ciudad de Medellín

La adicción al internet es otra de las conductas con un reconocimiento alto por parte de la población entrevistada. Si bien este, es un instrumento de comunicación, de trabajo, de ocio, y de información, que ha generado cambios significativos en la forma en la que las personas se relacionan en la actualidad, el exceso en su uso puede convertirse en una conducta adictiva, que como las otras conductas puede generar consecuencias negativa en la vida de la persona que la padece.

En este caso, según (Echeburua 1998), la adicción al internet supone una pauta de uso anómala, con tiempos de conexión anormalmente altos y de forma permanente. La capacidad adictiva del internet deriva de una difusión cada vez más generalizada y su presencia en los lugares más significativos para una persona (hogar, centro de trabajo, estudio, ocio, etc.), de su bajo costo, y sus inmensas capacidades de reacción sin exigir nada a cambio. El anonimato es una de las grandes ventajas del ciberespacio.

A la fecha, esta conducta adictiva ha tomado gran relevancia, ya que el acceso a la red cada vez es más sencillo, en todas partes, se suele encontrar el anuncio de “wi fi gratis” que lo que único que hace es posibilitarle al otro el poder conectarse del lugar donde se encuentre. Otro factor que ha incrementado el abuso en esta conducta son los teléfonos móviles, puesto que en la actualidad la mayor parte de la población cuenta con uno o más teléfonos móviles, de los cuales pueden “estar conectados” todo el tiempo, desde el trabajo, el colectivo, el parque, el restaurante, etc. Esto sin duda alguna ha generado que muchas personas tengan prácticas adictivas a esta conducta y que se pierda el límite entre el uso del internet, y el abuso del mismo.

Como se mencionó inicialmente, en el proceso investigativo, esta conducta conto con un gran reconocimiento por parte de la población

entrevistada. Ambos grupos poblacionales manifestaron que esta práctica ha tomado gran relevancia en la ciudad de Medellín, principalmente en los adolescentes y jóvenes, aunque a modo general creen que la adicción al internet se puede presentar en cualquier persona, independiente de su edad. De igual modo, la población entrevistada relaciona esta práctica con el aislamiento social, reconociendo que la mayoría de personas que tienen abuso y dependencia por el uso del internet se aíslan socialmente y se dedican la mayor parte del tiempo a ejercer dicha conducta.

“Vea mi primo, que ya ni come por estar en internet, el pasa mínimo 18 horas en internet, sino es más pues, y eso es súper teso porque el ya no comparte con nadie por estar ahí pegado”. (Joven de 17 años. Grupo focal 1)

Pues porque hay mucha gente que si es todo el día hay, y ya no quieren ni comer o hacer otras cosas por estar pegados a internet o al celular, ni siquiera duermen y después en el colegio son cabeceando, porque les agarra las 2 y 3 de la mañana pegados de eso. (Joven de 18 años. Grupo focal 2)

Los profesionales entrevistados, sostienen,

Considero que la adicción al celular y el internet ha incrementado mucho en la ciudad, al punto donde ya los padres de familia y comunidad en general se empiezan a alarmar por los efectos de este tipo de conductas en la vida de los jóvenes, ya que se aíslan, y abandonan actividades protectoras para ellos como el deporte. (P7: Magister en salud pública)

(Benítez y otros 2016: 25) en el estudio titulado *Aislamiento social como consecuencia del uso excesivo de internet y móviles en adolescentes* afirman:

En este sentido, los adolescentes han sido etiquetados como “grupo de riesgo”, pues son el grupo de edad más vulnerable en desarrollar comportamientos conflictivos con el uso de la red. Específicamente, durante los últimos años, alrededor del mundo se ha presentado un incremento en el número de usuarios en mundos virtuales, el segmento más grande de usuarios (802 millones) está entre las edades de 10 y 15 años (Karjaluoto y otro 2013). Por su parte, (Chan y otro 2007) mencionan que en los jóvenes de 15 a 24 años se presenta un uso excesivo de internet. El que este sea el rango de edad más vulnerable, está basado también en la concepción que se tiene de estos como inmaduros, inestables emocionalmente e irresponsables.

Así mismo, (Rodríguez y otro 2014) en el estudio titulado *Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental de los adolescentes colombianos*, citan el estudio realizado por (Sánchez y otro 2011) en Argentina, Colombia, Ecuador, España, México y Venezuela, el cual halló que entre el 80% y el 90% de los adolescentes en edad escolar emplean las redes sociales, siendo los adolescentes colombianos los que mostraban el porcentaje más alto de uso. Según el propio Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2010), en Colombia el 52% de la población utiliza diariamente Internet por un promedio de tres horas, presentándose un porcentaje de uso por parte de los adolescentes del 98%. De igual modo la investigación realizada por (Viñas 2009), encontró que los adolescentes con alto uso del Internet buscan lazos online, debido a la intimidad acelerada que promueve este medio. En la medida que la interacción con las nuevas tecnologías puede relacionarse con esta búsqueda, es relevante considerar la percepción de soledad de los adolescentes, ya que se ha encontrado que en esta etapa la soledad percibida puede estar asociada con estados emocionales como la depresión (Heinrich y otro 2006).

Lo anterior, si bien no nos da cifras claras frente a la adicción del internet en los adolescentes Colombianos, si permite comprender como los adolescentes y jóvenes de Colombia tienen porcentajes altos en el uso de esta herramienta, que a su vez la podemos asociar con la conducta adictiva identificada por los entrevistados en estos grupos poblacionales en particular.

En esta línea, (Echeburua 1999: 67/68) hablando del perfil del adicto al internet, remite

Los usuarios más jóvenes tienden a hacerse más fácil adictos, sin embargo es importante tener presente la vulnerabilidad psicológica. Los factores de riesgo más implicados con esta adicción son: el aburrimiento y la carencia de relaciones u objetivos, la falta de habilidades para desenvolverse en el mundo real; la timidez, con el agravante de que el internet puede hacer más tímidos a los tímidos; la búsqueda de sensaciones en personas solitarias; y la ausencia de una autoestima adecuada.

En cuanto al aislamiento social, producido por esta conducta, Benítez y otros 2016: 25) aducen

El uso problemático al internet aumenta el aislamiento social y se deterioran las relaciones más cercanas. Se ha estudiado la manera en que el uso de las TIC afecta dichas relaciones sociales de los jóvenes con sus iguales. Esta interacción, según las investigaciones, se produce con mayor frecuencia cuando el acceso a estas tecnologías está relacionado con actividades de ocio.

Según los autores, este el aislamiento social se puede observar en distintos entornos, como el familiar, social, escolar y personal.

Otro de los factores identificados en los hallazgos investigativos en relación a esta conducta adictiva, es que ambos grupos poblacionales entrevistados asocian el uso del internet con dos prácticas relevantes, la primera, es el uso de las redes sociales, y en segundo lugar el uso y consumo de pornografía.

Yo creería que también la adicción a las redes sociales, no tanto al internet, sino a las redes sociales, porque uno a todo mundo lo ve es pegado del whatsapp, del Facebook, instagram y todo eso, pero si me entiende viven hay pegados, en todas partes, en el metro, en la calle; ya uno es hablando con alguien y no le paran bolas por esta ahí pegados. (Joven de 16 años. Grupo focal 1)

Citando a (Echeburua 1999), en algunos pacientes con adicción al internet puede ser secundaria a otros trastornos, en el caso por ejemplo de las personas con otras adicciones (al sexo, al juego, a las compras) se pueden enganchar a la red en torno a su trastorno primario.

Lo anterior, permite comprender como el internet es solo una plataforma con un abanico amplio de posibilidades a las cuales una persona se puede enganchar, y entre estas encontramos las redes sociales, las cuales en los últimos tiempos han tomado mucho más fuerza debido al uso del teléfono móvil con acceso a internet, esto ha permitido que las personas puedan estar conectadas desde cualquier lugar del mundo y mostrarle al otro lo que está pasando en ese preciso momento. Lo cual no es negativo, puesto ha facilitado la comunicación y acortado distancias, sin embargo, el uso desmedido de estas redes sociales puede llegar a convertirse en un problema significativo para las personas, en especial para los adolescentes y jóvenes, generando afectaciones tales como el aislamiento social, la depresión y trastornos de ansiedad. En esta vía, es posible comprender como la conducta adictiva del internet, en especial aquellas relacionadas el uso de las redes sociales puede convertirse en un problema la salud mental relevante en la ciudad de Medellín, ya que la dependencia de esta conducta

puede traer consecuencias significativas en de la población. Si bien, es importante tener presente el problema no es el uso del internet, del teléfono móvil, o el tener una red social, ya que existen personas que pueden hacer un uso adecuado de este sin generar problemas significativos en sus vidas, sin embargo y como le menciono Echeburua, existen personas que pueden estar predispuestas psicológicamente a generar de esta conducta habitual y cotidiana a la cual todos hemos accedido en algún momento, una conducta adictiva y patológica.

Frente a esto, Benítez y otros 2016: 25), concluyen diciendo

Un punto a destacar en nuestros resultados es que encontramos que no existe una correlación entre el uso de teléfonos celulares y la adicción a internet, esto es, tener un teléfono celular por sí solo no genera una adicción sin embargo, cuando este también tiene acceso a internet es ahí donde encontramos la gran parte de las dificultades, pues con esto se tiene un uso ilimitado de la red, lo cual lleva a que nuestra vida gire en torno a esta tecnología teniendo nulo control sobre esta.

A modo de conclusión de la presente categoría, es relevante decir que si bien a la fecha no existen estudios que de manera estadística muestren la prevalencia de estas adicciones comportamentales en la ciudad de Medellín, muchas de estas prácticas adictivas empiezan un reconocimiento por parte de la población, lo cual sin duda alguna se convierte en el primer paso para desnaturalizar estas adicciones y poder generar acciones preventivas sobre las mismas. Sin embargo, es de vital importancia continuar generando estudios investigativos que muestren el impacto de estas adicciones en la salud mental de las personas.

Categoría 4. Salud pública y adicciones comportamentales

Uno de los retos de esta investigación ha sido presentar las adicciones comportamentales como un tema de interés y competencia de la salud pública, ya que por su novedad y poco recorrido científico estas adicciones no han contado con el reconocimiento estatal y ha sido difícil que el sector salud tome acciones sobre estas.

Una de las principales conclusiones a las que es posible llegar con esta investigación, es que el problema no es si la adicción es química o comportamental, lo realmente problemático es la conducta adictiva en sí misma, la relación que cada sujeto logra establecer con el objeto adictivo, llámese este: sustancia psicoactiva, conducta placentera, o incluso una persona – esto en relación con las dependencias afectivas. Sin duda alguna el hecho de ingerir una sustancia psicoactiva genera una serie de afectaciones para el sujeto y su entorno, pero, el tener una adicción psicológica también generar múltiples afectaciones tanto a nivel fisiológico, como psicosocial; lo que implica que más allá del objeto a lo cual se es adicto, son las conductas adictivas en sí mismas las que deben ser motivo de estudio, y preocupación por parte del sector salud.

En relación a esto, (Brugal y otros 2006: 60) refieren

Según el diccionario etimológico del Oxford English Dictionary, la palabra adicto significaba entregado o devoto a algo (sustancia, persona o cosa), hasta que a principios del siglo xx empezó a utilizarse para los consumidores de morfina. Según los autores cualquier sustancia o conducta normal placentera sería susceptible de convertirse en un comportamiento o sustancia adictiva. Es decir, se podrían convertir en sustancia o comportamiento adictivo en función de la intensidad, la frecuencia, la cantidad de dinero y tiempo invertidos para conseguirla y del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales que la sustancia, persona o cosa provoca en el individuo. Los componentes fundamentales de las

adicciones comportamentales o por sustancias serían: la dependencia, la tolerancia y la pérdida de control.

De cara a la anterior, queda claro que si una conducta es placentera y la persona llega a presentar dependencia, tolerancia y pérdida de control sobre la misma, entonces está se puede considerar una adicción. Y son justamente estas conductas adictivas las que requieren ser reconocidas e intervenidas en su totalidad por la salud pública, ya que las implicaciones que pueden generar estas en la salud mental de las personas y las comunidades pueden ser altamente negativas.

Al respecto, (Echeburua 1999 citando a Becoña: 93), dice: “las conductas adictivas van a constituir el primer problema de salud mental del siglo XXI, por su extensión en el número de personas afectadas, y problemas asociados a la morbi-mortalidad”.

Queda claro que en la medida que este problema se expanda la competencia del sector salud sobre el mismo será cada vez más relevante, sin embargo, es importante que se tomen medidas de prevención desde ahora, puesto que se corre el riesgo de perder control sobre la prevalencia de las mismas, como ha ocurrido con las drogodependencias.

En el trascurso de la investigación, se buscó identificar si la población considera que las adicciones comportamentales son un problema de salud pública o no, frente a lo cual se encontraron diversas creencias y representaciones sociales asociadas con el tema, encontrándose dos vertientes significativas: una de las cuales consideran que las adicciones comportamentales ya son un problema de salud pública en la ciudad de Medellín, debido a la cantidad de casos que se presentan en la cotidianidad del trabajo clínico de los profesionales entrevistados y los efectos en la salud mental de las personas y en segundo lugar, muchos de los entrevistados consideran que las adicciones no químicas aun no son un

problema de salud pública en la ciudad, pero que pueden llegar a serlo, debido al incremento de casos en relación a las diversas conductas adictivas.

A continuación ambas posturas se desarrollaran como categorías secundarias. Cabe resaltar que en este punto se observó mucha más participación por parte de los profesionales en salud, que de los jóvenes, ya que estos últimos manifestaban no tener herramientas para aportar al respecto.

Adicciones comportamentales como un problema de salud pública en la ciudad de Medellín

Con base en todo lo desarrollado anteriormente, es posible comprender como algunas de las adicciones comportamentales han ido tomando fuerza y relevancia en la ciudad de Medellín, con un incremento significativo en sus conductas, lo cual hace de que cada vez más población sea afectada directa o indirectamente por estas prácticas adictivas.

En el proceso de recolección y análisis de la información se indago por las RS que tienen los jóvenes y los profesionales en salud frente a las adicciones comportamentales y si relacionan o reconocen estas como un problema de salud pública, frente a lo cual la mayoría de profesionales en salud manifestaron reconocer estas adicciones como un problema de salud pública para la ciudad, debido al incremento de las mismas, y el aumento de las consultas cuyo motivo de consulta principal es una adicción no química o efecto colateral de la misma.

Al respecto los profesionales dicen:

Si es que son un problema de salud pública, cualquier adicción es una enfermedad, y ya tenemos una ley que nos respalda con eso, pero no nos podemos quedar pensando que una adicción es solo aquella que está atravesada por una sustancia toxica, ya estas adicciones son un problema de salud pública y hay que intervenirlo y hay que prevenirlo. (P2: psicólogo, especialista en adicciones)

Ya es un problema de salud solo que no nos hemos dado cuenta el impacto de la afectación que tiene esas adicciones en la vida de las personas, pero un problema de salud pública ya lo es, porque son miles, pues son muchas las personas que dejan a sus familias, sus profesiones, sus trabajos por irse a un casino a jugar pero que pasa nosotros no nos damos cuenta. (P3: Enfermera profesional)

Sí, estas adicciones son un problema de salud en la ciudad, lo peor es que cada vez crece más porque nadie las ve, por lo tanto no se hace nada al respecto. Pero mira en consulta cada vez llegan más personas consultado por obesidad, y cosas así, y que hay detrás de eso una adicción como estas. (P5: Médico, gerente de ESE Hospital)

Las posiciones anteriores permiten evidenciar como muchos de los profesionales en salud entrevistados consideran que las adicciones comportamentales ya son un problema de salud en la ciudad de Medellín. Sin embargo es importante traer a colación algunos de los aportes dados por los entrevistados, ya que muchos de ellos en su testimonios plantean que aunque estas adicciones son un problema de salud pública en la ciudad, aún no están reconocidas como tal, esto debido a la naturalización que se tiene de estas conductas, lo cual dificulta su reconocimiento, ya que esta naturalización incrementa estas conductas y los efectos y consecuencias de las mismas. Podríamos pensar entonces, que estas conductas adictivas crecen de manera silenciosa y que mientras no reconozcamos su existencia no las podremos prevenir de la manera adecuada.

Yo considero que son un problema de salud pública, lo que pasa es que sus síntomas son por así decirlo más reservados, más

disimulados, digamos que estas conductas se camuflan más fácil en la sociedad, pero yo creo que ya aquí en Medellín hay mucho ludópata, lo que pasan es que siempre están en los casinos, por eso los demás no los vemos, y por ende no vemos el problema, lo mismo que la híper sexualidad, es una adicción muy camuflada socialmente.
(P4: Psicólogo, especialista en adicciones)

Pero cabe preguntarnos, ¿Por qué estas adicciones son un problema de salud pública?; (Becoña, citado por Echebura 1999: 95) lo dice: “las conductas adictivas van a constituir el primer problema de salud mental del siglo XXI, por su extensión en el número de personas afectadas, y problemas asociados a la morbi-mortalidad”. Así mismo, (Brugal y otros 2006) afirma que todas las adicciones se han convertido en un problema de gran relevancia social y clínica en las sociedades desarrolladas, ya que muchas de ellas apenas existían hace cinco décadas y en el momento actual tienen un grado de prevalencia elevado, principalmente entre los jóvenes. Las nuevas adicciones, tanto las producidas por nuevas sustancias como las comportamentales (juego patológico, sexo compulsivo, Internet y otra) van en paralelo al desarrollo de las sociedades industrializadas, al ocio, al tiempo libre y a una nueva forma de vida.

Con base en esto podemos considerar entonces que si estas conductas afectan un número significativo de personas, y generan problemas asociados a la morbi mortalidad de una población, entonces es una tarea de salud pública tomar cartas sobre el asunto. Queda claro que estas adicciones generan un sin número de afectaciones para la salud mental de una persona, detonando incluso episodios significativos de ansiedad, depresión, asilamiento social, y deterioro en las áreas fundamentales de la vida de cada sujeto. Frente a esto, (Cía A 2013), dice que cuando se presenta una adicción conductual, esta suele venir acompañada de intenso deseo, ansiedad y necesidad imparable de realizar la conducta, lo que

implica que haya un descuido de actividades significativas y otras áreas del sujeto tales como la familiar, académica, laboral o de ocio.

Por lo tanto, es importante comprender que los problemas de adicción, considerados por la OMS (2013) como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia y necesidad hacia una sustancia, actividad o relación y frente a las cuales es competencia de la salud pública de cada estado intervenir en estas, independiente del objeto adictivo frente al cual se desarrolle la dependencia. Si bien es importante destacar que la adicción al juego de azar ya es considerado por el DSM-5 como una enfermedad, así como la adicción a los videojuegos ya es reconocida por la OMS (2017) a través del CIE-11 como una un trastorno psicopatológico; lo cual es un gran avance en el reconocimiento de las adicciones comportamentales, sin embargo el gran paso que debemos dar como salubristas es reconocer al conducta adictiva en sí misma como una enfermedad en salud mental propia de ser abordada y no reducirla solo a aquellas que están relacionadas con sustancias. Frente a esto es importante tener presente lo dicho por la OMS (2014) en el informe titulado *Salud para los adolescentes del mundo*, en cual afirman que la salud mental es otra nueva prioridad de salud pública, pues los problemas de salud mental cobran un número especialmente elevado de víctimas en la segunda década de la vida y en donde a nivel mundial, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, y la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad. OMS (2014), da cuenta además en su informe que hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida.

Lo anterior, nos permite comprender la importancia de abordar todas aquellas conductas que amenazan la salud mental de los adolescentes, jóvenes y comunidad en general, entre esas las adicciones

comportamentales, puesto que al hacerlo se podrá prevenir consecuencias negativas futuras para la salud mental de la población.

Adicciones comportamentales como un futuro problema de salud pública en la ciudad de Medellín

Como se mencionó anteriormente, en el proceso de recolección y análisis de la información se buscó identificar si las adicciones comportamentales son consideradas o no un problema de salud pública para la población, frente a lo cual muchos de los profesionales consideraron que a la fecha estas adicciones no son un problema de salud, pero que el incremento significativo de estas conductas hace que en poco tiempo puedan llegar a convertirse en un problema de salud pública en la ciudad de Medellín.

Es que evidentemente pueden llegar a convertirse en un problema de salud pública, quizás todavía no, pero es que mira estas adicciones no le permiten a una persona lograr tener éxito en la vida, es que mira con esto va pasar lo mismo que paso con las adicciones químicas, eso creció de un momento a otro y se volvió incontrolable y yo creo que con estas vamos por el mismo lado. Entonces vamos a tener más adelante un número muy grande de población, pensaría yo que más jóvenes que adultas con patologías asociadas a las adicciones no químicas. (P5: Médico, Gerente de ESE Hospital)

Creo que si llegaran a convertirse un problema de salud pública importante para la ciudad, porque es que hay muchos jóvenes que están dejando sus vidas por las adicciones, estas son adicciones silenciosas, y por lo tanto no se le presta mucha atención, y silenciosamente cada vez crecen más. (P1: Psicóloga, Mg© en salud mental)

Yo diría que aún no son un problema de salubridad en la ciudad, pero si pueden llegar hacerlo sin duda alguna, sin embargo es necesario que estas adicciones se sigan poniendo en la agenda pública para

que puedan ser concebidas con la importancia que requieren. (P7: Magister en Salud pública)

Queda claro que a excepción de la ludopatía y los videojuegos, las otras adicciones comportamentales no cuentan con un reconocimiento científico, y que su vez existe una naturalización de la mayoría de conductas adictivas por parte de la sociedad, sin embargo esto no implica que el incremento de estas conductas se detenga. Por lo tanto es importante tener presente que las adicciones comportamentales tienen un aumento silencioso, que pasa casi desapercibido frente a la comunidad científica, el estado y la población en general, sin embargo este aumento puede llegar a generar un problema de salubridad futuro con afectaciones en la morbi mortalidad de la población Antioqueña, lo cual se deberá no solo por la conducta adictiva como tal, sino por las repercusiones de las mismas sobre cada persona, su entorno y su comunidad.

Al respecto una de las expertas entrevistadas sostiene,

Yo creo que lo que pasa al ser socialmente aceptada es que se viven periodos más largos de la conducta adictiva, ósea digamos, cuando una persona está consumiendo y consume por un periodo largo, el cuerpo empieza a alertar, hay señales físicas incluso que generan alerta para él y para su familia o su entorno cercano, pero en el caso de una adicción comportamental ese deterioro no está dado lo que implica que el daño pasa desapercibido y complejiza mucho más el tema de buscar ayuda. Entonces el hecho que sea socialmente aceptado le da un rango de tiempo a que la conducta adictiva aumente lo que puede llevar a muchas más consecuencias también desde todos los entornos. (P9: Especialista en farmacodependencia, Mg en educación)

De igual modo, muchos de los profesionales de la salud entrevistados y expertos en el tema consideran que para que las adicciones comportamentales sean consideradas un problema de salud pública hace falta mayores estudios sobre el tema y reportar los casos de la manera adecuada, ya que esta será la única forma en la que estas adicciones llegaran a estar en la agenda pública y a tener el interés político requerido para así poder contar con el apoyo estatal en pro de la prevención e intervención de las mismas.

Creo que hace falta evidenciar si hay un riesgo específico con alguna de las consecuencias que puedan representar un problema de salud pública, y que lo hago un evento de interés en salud pública, entonces creo que lo que nos falta es obtener más información al respecto y recolectar evidencias que nos muestre los riesgos que pueden tener este tipo de trastornos, porque hasta el momento no es un evento de interés en salud pública, por lo tanto no está siendo vigilado ni controlado. (P6: Epidemióloga)

Yo creo que necesitamos investigación, necesitamos hacer reportes científicos sobre lo que está sucediendo, no siendo escandalosos con los resultados, pero si reportando lo que está sucediendo, pero este trabajo implica ir más allá, porque primero hay que concientizar a el sector salud y que son tan graves e incapacitantes como cualquier otro tipo de adicción y que si queremos tener una población sana tenemos que trabajarle a la salud mental de la población y esto es uno de los problemáticas que más afectara la salud mental de la población en un par de años. (P9: Especialista en farmacodependencia, Mg en educación)

Necesitamos que estos temas lleguen a la agenda política, porque es desde allí que se dan los lineamientos para la intervención y para la prevención, y de hecho desde allí es que se asignan los presupuestos para trabajar con ciertas problemáticas, entonces mientras estas adicciones no lleguen a la agenda política será muy difícil tener recursos específicos para prevenirlos. (P7 Magister en Salud Pública)

Lo anterior, permite comprender los diferentes obstáculos que deben atravesar las adicciones comportamentales para ser concebidas como un problema de salud pública. En primer lugar es necesario generar estudios investigativos que debelen el impacto que tienen estas adicciones en la vida de las personas, sin embargo, si se tiene un estudio pero no se generan reportes científicos sobre los casos presentados será muy difícil generar alarma por parte del estado, puesto que para que estas adicciones sean un evento de interés para la salud pública es necesario demostrar en primero lugar que las adicciones comportamentales son una enfermedad con consecuencias adversas para la salud mental de población, y en segundo lugar, es necesario generar registros de los casos que se presentan, porque esta será la única forma en la cual se podrá establecer una alarma a nivel del estatal. Ejemplo de esto es que si cuando se presentó la tuberculosis en el país no se hubiesen hecho reportes constantes y no se hubiese mostrado la gravedad de la enfermedad en la vida de las personas, esta no sería un evento de interés para la salud pública en la actualidad y del mismo modo ocurre con las enfermedades en salud mental y en particular con las adicciones comportamentales, puesto que mientras no se realicen reportes constantes evidenciando la gravedad del problema, estas no serán un evento de interés para las autoridades de salud, y como consecuencia de esto no habrán recursos que posibiliten su prevención.

En esta vía, no podemos desconocer otro obstáculo santificativo para el reconocimiento de estas adicciones y es la naturalización de las conductas adictivas. Como investigadora considero que este es uno de los primeros obstáculos a vencer, puesto que, mientras la comunidad y el sector salud no problematicen estas conductas, no tendremos los registros necesarios, ya que aunque las personas llegaran a consultar, estas conductas seguirían siendo percibidas como “normales” y no se generarías las alarmas requeridas. Por lo tanto es importante seguir poniendo el tema sobre la mesa no solo a nivel comunitario sino también en los escenarios académicos y públicos, buscando con ello que a futuro se puedan sentar precedentes

frente el impacto de las adicciones comportamentales para la salud pública de la población.

Categoría 5. Prevención de las adicciones comportamentales

Hablar de prevención de las adicciones no químicas, nos remonta de manera inmediata a pensar en las estrategias usadas por los diferentes estados y organizaciones para adelantar procesos de prevención en relación a las adicciones químicas. Teniendo presente que a la fecha las adicciones comportamentales aun no cuentan con los suficientes estudios investigativos, es importante tomar como base las acciones realizadas con otras adicciones como las drogodependencias para crear estrategias de prevención adecuadas, que vayan en la línea de lo cada estado está haciendo para prevenir las adicciones.

En el trascurso de la historia, se han utilizado diversas estrategias para prevenir las adicciones, sin embargo no todas han dado el resultado esperado, por el contrario en algunas ocasiones estas estrategias han generado una contra prevención en determinadas poblaciones, ocasionando un incremento en el consumo SPA y/o las conductas adictivas. Es por esta razón, que en la actualidad se habla de una prevención basada en la evidencia objetiva. (Roth y otros 2003; Tobler y otro1997; Weissberg y otros 2004) esta prevención implica no solo tener una “buena idea” y llevarla a cabo, sino también, identificar que estrategias de prevención han tenido un impacto positivo en la población. Por lo tanto la prevención basada en la evidencia según (Mendoza y otros 2018) se caracteriza principalmente, por una alta calidad en la investigación empírica, empleando rigurosos métodos científicos para probar hipótesis cuidadosamente y con una acumulación sistemática del conocimiento de una manera consistente con otras áreas de la ciencia.

Según (Becoña 2002 citado por Mendoza y otros 2018: 56),

Existen varios criterios para clasificar los programas, siempre basados en los criterios científicos que se deben seguir, los cuales, diferencian los programas por estrategias de intervención, en programas que desarrollan estrategias de influencia destinadas a incrementar el conocimiento y cambiar las actitudes respecto a las drogas, programas que llevan a cabo estrategias de desarrollo de competencias destinadas a mejorar los recursos y habilidades personales para afrontar las situaciones cotidianas y las presiones promotoras del uso problemático de drogas, programas que desarrollan estrategias de control destinadas a poner en marcha medidas de protección que regulan la disponibilidad, la accesibilidad y son capaces de modificar los códigos, las actitudes y los usos públicos en relación con las drogas, y los programas que ponen en marcha estrategias de diseño ambiental destinadas a modificar los entornos inmediatos de los individuos. Cualquiera que sea debe incluir la evaluación de procesos, eficacia e impacto para poder asegurar que es efectivo y entrar en la categoría de estar basado en la evidencia.

La Sociedad Científica Española de Estudios Sobre Alcohol, Alcoholismo y Otras Toxicomanías (2013: 23) afirma que:

La prevención basada en la evidencia debe incluirse como un tema prioritario en la agenda política y social” así como que “Los programas y las políticas preventivas que se apliquen tendrán que sustentarse en los estándares de efectividad/eficiencia”. Porque el hecho es que muchas actividades preventivas vigentes en nuestro país no se basan en criterios científicos y, por tanto, es muy improbable que tengan resultados positivos, sin que podamos olvidar que incluso pueden tener efectos negativos...En consecuencia, las administraciones, asociaciones profesionales y todas las organizaciones interesadas en la prevención deben promover la difusión de la evidencia, en relación a la efectividad y eficiencia de las políticas de prevención ambiental,

así como explicar que dichas medidas no pretenden restringir los derechos individuales de la ciudadanía sino ampliar el control democrático de los mercados de drogas. La prevención debe plantearse como una estrategia estable y sostenida en el tiempo, alejándose del modelo habitual de acciones puntuales y específicas, dependientes de la coyuntura de cada momento.

Es importante tener presente, que cuando una prevención no está basada en la evidencia puede tener los efectos contrarios a los deseados inicialmente por los profesionales o la organización que lidera el programa. Por lo cual se hace necesario implementar procesos de evaluación que permitan determinar el impacto que está teniendo dicho programa.

De cara a lo anterior, esta investigación, propone para la prevención de las adicciones comportamentales, una prevención basada en la evidencia, que contemple tres niveles de prevención propuestas por diversos autores (Roth y otro 2003; Tobler y otro 1997; Weissberg y otro 2004) y las cuales se están utilizando en la actualidad para prevenir las drogodependencias, sin embargo, estos niveles puede ser muy efectivos para trabajar todo tipo de adicción, independiente de si es química o no. Estos son: prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.

Según el NIDA (National Institute on drug abuse 2004: 3)

La prevención universal es aquella que está dirigida a todos los grupos de personas, sin distinción o identificación de aquellos que están en riesgo; la prevención selectiva por su parte, está dirigida a un grupo de personas que por el número de factores de riesgo que tiene (edad, genero, historia familiar, etc.), se consideran en mayor riesgo de generar una adicción, y por último, la prevención indicada, son aquellas acciones dirigidas a un individuo, y se implementa

cuando ya se ha identificado síntomas de uso de alguna sustancia y se quieren reducir los daños.

Indudablemente el hecho de que las conductas adictivas de carácter comportamental hagan presencia en la ciudad, nos lleva a considerar la importancia de crear estrategias de prevención basadas en los tres niveles planteados anteriormente: universal, selectiva e indicada que permitan realizar no solo una abordaje con la comunidad en general, sino que también se pueda llegar a la población en riesgo de generar determinada adicción y poder realizar acciones puntuales con ellos, así como también es necesario poder tener una oferta de prevención para la comunidad en general y para para aquellas personas que ya se encuentran en una etapa de uso de determina conducta adictiva, y poder así trabajar en la disminución del daño de la conducta.

En el proceso de recolección y análisis de la información se buscó identificar según las RS de la población entrevistada aquellas estrategias de prevención que según ellos deben de ser tenidas en cuenta para el abordaje de las adicciones no químicas. Frente a lo cual se encontró que a modo general la mayoría de los profesionales en salud consideran que la educación debe de ser la principal estrategia de prevención para estas adicciones, así mismo, los entrevistados consideran, que la familia es un escenario altamente importante para generar acciones de preventivas, y por último, algunos de los profesionales en salud manifiestan que los programas nacionales que existen en la actualidad para prevenir problemas como el consumo de SPA, el embarazo adolescente, y las ITS, deben de ser utilizados también para prevenir las adicciones no químicas.

Con base en estas propuestas se desarrollarán las categorías secundarias así

Educación como principal herramienta de prevención

En el proceso recolección y análisis de la información, la educación aparece para la población participante, como la principal herramienta de prevención de las adicciones comportamentales y otros tipos de adicción. Por lo tanto en este punto, se hace permite hablar de la educación para la salud, (Fortuny y otro 1988), dicho concepto nos permitirá comprender de manera más clara la importancia que tiene la educación en ejercicios de prevención en salud.

(Fortuny y otro 1988: 290), prescriben

Podríamos enumerar algunas definiciones de diversos organismos internacionales de reconocido prestigio o de profesionales que han realizado estudios en este campo, con objeto de analizar los rasgos comunes que presentan y entresacar así las ideas esenciales que encierra el concepto de educación para la salud.

(OMS 1969): «La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan.»

(Turner 1967): «Educación sanitaria supone el conjunto de experiencias que contribuye a inculcar en la persona hábitos, actitudes y conocimientos útiles relacionados con la salud individual, familiar y colectiva.»

(Modolo 1981): «La educación sanitaria es uno de los instrumentos de promoción de la salud y de la acción preventiva. Es un instrumento que ayuda a los individuos a adquirir un conocimiento científico de los problemas y comportamientos útiles para conseguir el objetivo salud.

Así mismo, los autores refiriéndose al tema afirman que la Educación para la Salud formal, no formal e informal está considerada actualmente como un

elemento importante en la formación y como un objetivo común de diversas instituciones responsables de «la calidad de vida en un territorio». Promover la salud, favoreciendo la formación de la persona y facilitando el desarrollo de una moderna conciencia sanitaria, es una tarea ardua y compleja tanto para la escuela como para las demás instituciones responsables de servicios para la comunidad.

En esta vía, es preciso concebir la educación como una herramienta para la transformación social, la cual desde los diferentes escenarios educativos pueda aportar a la construcción de salud, entendiendo salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de la enfermedad (OMS), por lo tanto es importante comprender que el escenario educativo puede ser una plataforma de prevención para las adicciones comportamentales y otras problemáticas que aquejan la salud mental de los territorios, por lo tanto la educación debe de ser una herramienta que posibilite acciones de prevención a nivel escolar, familiar y social en torno a las adicciones no químicas. Pero más allá de informar sobre la existencia de estas, es necesario educar y brindar herramientas a los niños, niñas y adolescentes puedan crear estrategias de afrontamiento a las diversas situaciones de la vida, potencializando la toma de decisiones, el manejo de las emociones, el pensamiento crítico y la comunicación asertiva (OMS 1993). Esto, teniendo presente, que las adicciones comportamentales, solo son unas de las muchas problemáticas sociales a las que se enfrentan los diferentes grupos poblacionales en la actualidad, por lo tanto la prevención que se realice, debe de ser integral y no puede estar ajena a los problemas sociales de la actualidad y sus diversas manifestaciones.

A la fecha se han centrado grandes esfuerzos en prevenir temas como el consumo de sustancias psicoactivas en todo el departamento de Antioquia. Según el plan decenal de Salud Pública 2012 – 2021 el objetivo es reducir el consumo de SPA al 3.4 por cada 1000 habitantes, así como aumentar 15.5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas. De igual

modo se han centrados esfuerzos en la prevención del embarazo adolescente de 14 – 18 años, y en menores de 14. Sin embargo son pocas las acciones que se adelantan en la prevención de estas conductas adictivas, que también se convierten en una amenaza para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Medellín y el departamento de Antioquia. Por lo tanto se requiere que las adicciones no químicas entren a la agenda pública, para así poder incluir estos temas en la prevención universal realizada en los planteles educativos.

Como se mencionó anteriormente, tanto los profesionales en salud como los jóvenes entrevistados, consideran la educación como la principal herramienta de prevención de estas adicciones, sin embargo manifiestan que dicha herramienta debe de ser utilizada en los diferentes escenarios de la vida de una persona y no solo a nivel escolar.

Por su parte, los profesionales en salud dicen:

Indudablemente la educación debe de ser los primero a la hora de prevenir, educación desde el mismo sector salud, educación desde la escuela, desde el preescolar, educación desde la familia, hay que comenzar a concientizar a la población en general sobre eso que no conoce nadie que son las adicciones no químicas. (P5: Médico, gerente ESE Hospital)

Bueno, la principal herramienta social es la educación, una buena educación, educar no es simplemente decir haga esto, o haga aquello, educar es también dar ejemplo, educar es generar límites y normas, y estamos en una sociedad que educa pero educa para el consumo. (P2: Psicólogo, especialista en adicciones)

Al respecto, como lo dice (Freire 1971) “la educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo” (pág.108), por lo tanto, la educación debe de ser la principal herramienta con la que una

sociedad cuenta para transformar su realidad, sin embargo, si esta herramienta es mal utilizada se corre el riesgo de tener un estancamiento social, de concebir una sociedad que no reflexiona y no se transforma.

Los entrevistados plantean la importancia de que esta educación no debe hacerse solo en los planteles educativos, sino que también debe de ser llevada a escenarios fundamentales como la familia y la sociedad en sí.

Pero para eso se requiere que al padre eduque a su hijo en el uso de estas herramientas tecnológicas, porque el problema no es la tecnología, el problema es el uso que le damos a esta, entonces, sino hay un patrón de uso frente a estos aparatos tecnológicos, sino regulamos a qué hora se puede usar, si el niño no tiene claro esto les vamos a generar un descontrol en el los niños, un exceso en el uso de estos aparatos y luego posiblemente una adicción. (P2: Psicólogo, especialista en adicciones)

Con esta afirmación se ejemplifica la importancia de la educación en el ámbito familiar, educar sobre el consumo, educar sobre el límite que se debe tener frente a conductas cotidianas a las que todos estamos expuestos, pero que el uso desmedido de estas puede llegar a convertirse en un problema significativo para una persona. Los padres, madres de familia y otros cuidadores no pueden estar exentos de esta educación, ya que la ausencia de una educación adecuada y oportuna nivel familiar puede llegar a ser un factor predisponente para estas conductas adictivas.

Para concluir, es preciso comprender el poder que tiene la educación sobre la construcción de todos los procesos sociales, y como desde los escenarios educativos se puede educar para la salud, (Fortuny y otro1988) generando espacios en donde a través de la educación integral se generen procesos de prevención universal y selectiva que permitan disminuir la

prevalencia de diversos problemas de salud pública, entre esos, las adicciones comportamentales.

Familia como escenario de prevención

Para (Guevara 2008: 69), en el texto, *“sociología de la educación”*,

[...] la familia es el primer agente educador. Según el autor, todas las civilizaciones, cualquiera que fuese su cultura, su nivel de desarrollo y sus valores, confirman esta realidad. Desde el enfoque de la metodología sociológica, podríamos decir que antes de la familia tan solo tenemos la nada. Cabe distinguir diferencias notables en la institución familiar. Sin embargo, no es posible concebir al hombre, entendido como ser social y sociabilizado, sin grupo familiar donde haya sido posible (pág. 69).

En otro apartado, (Ibid: 23) refiere

La familia es el principal agente o factor de la educación por la duración y fijación de sus enseñanzas. La familia puede educar por su influjo o por su rechazo, pero en cualquiera de las dos tendencias su impacto en la socialización es esencial y duradero.

Sin duda alguna, la familia juega un papel fundamental a la hora de hablar del desarrollo bio-psico-social de un individuo (Guevara 2008). Esta, por ser el principal agente de la educación de una persona tiene una gran responsabilidad a la hora de prevenir las diferentes problemáticas que emergen en la contemporaneidad, entre las cuales encontramos las adicciones comportamentales.

De igual modo (Fernández y otros 2002: 187), hablando de la importancia de la familia en la prevención de las adicciones y las drogodependencias dicen

La importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres, como determinante del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocida ampliamente por los especialistas. La familia es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

En investigaciones realizadas a principios de los años ochenta ya se apuntaban algunos de los factores familiares más importantes relacionados con el consumo de drogas de los hijos: el comportamiento de consumo de drogas de los padres, sus actitudes respecto a las drogas y las interacciones padres-hijo. El último factor se caracterizaba por aspectos como la falta de disciplina o la disciplina incongruente y la falta de afecto paternal.

Así mismo, (Secades y otros 2011: 42) en el texto titulado *Estrategias de intervención en el ámbito familiar*, aducen,

Los factores familiares que afectan al consumo de drogas de los jóvenes pueden resumirse en cinco grandes apartados: apoyo familiar, vínculo padres-hijos, actitudes parentales, estilos educativos y relaciones familiares.

De igual manera los autores refieren el estudio realizado en España y publicado en el año 2002 (Secades y otros 2002), sobre una muestra compuesta por 2.126 jóvenes escolarizados, distribuidos por casi todas las Comunidades Autónomas, en el que se analizaba la influencia de las variables familiares en el consumo de drogas de los jóvenes, donde se encontró que: El consumo de drogas estaba relacionado (era más probable) con el hecho de no convivir con ambos padres, presentar un mayor grado de conflicto entre los padres y/o entre los padres y los hijos, la poca realización de actividades conjuntas entre padres-hijos, un estilo educativo parental inadecuado,

un consumo de drogas en padres y familiares, una actitud más favorable hacia las drogas legales e ilegales por parte de los padres, y una historia de abuso y/o maltrato familiar. Las familias de los no consumidores podrían ser descritas, frente a las de los consumidores, con una menor tasa de conflicto, con normas claras que se hacen cumplir, con mejores relaciones padres-hijos y donde se realizan más actividades conjuntamente.

Si bien el estudio anterior refiere el impacto de la familia en relación al consumo de sustancias psicoactivas, este, también devela a groso modo la importancia de la familia como escenario de prevención para las adicciones en general, puesto que el núcleo familiar de una persona puede convertirse en un factor protector o en factor de riesgo, no solo para las drogodependencias sino también para las adicciones comportamentales, puesto que si en el núcleo familiar hay límites y normas establecidas, y un acompañamiento constante por parte de los padres es posible que los casos de adicciones no sean tan frecuentes como en hogares con permisividad normativa y flexibilidad a las conductas adictivas químicas como no químicas.

Por lo anterior, uno de los principales retos en este punto, es el establecimiento de límites por parte de la familia frente a conductas naturalizadas socialmente pero que pueden ser susceptibles de convertirse en adicción. De igual modo es importante que la familia sea un entorno protector para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (Secades y otros 2002), el cual se caracterice por un ambiente afectivo, fraternal y con límites claros.

Como se ha mencionado en ocasiones anteriores, las adicciones comportamentales son conductas naturalizadas en nuestra cultura, las cuales la mayoría de personas realizan cotidianamente sin cuestionarse al

respecto, sin embargo es necesario que los padres de familia y los entornos familiares cercanos puedan establecer límites sobre la practica adecuada de estas ; puesto que cada una de las conductas adictivas desarrolladas en esta investigación se previenen con el establecimientos de límites adecuados y oportunos sobre las mismas, lamentablemente cada vez la familia contemporánea esta menos dispuesta a ser ese agente instaurador de normas, y por lo tanto, en muchas ocasiones contrario hacer un factor de protector se convierte en un factor de riesgo.

Los profesionales del área de la salud entrevistados para fines investigativos, coinciden en concebir la familia como el principal escenario de prevención de las adicciones, ya sean químicas o no químicas, resaltan la importancia de que los padres, madres de familia y cuidadores se empoderen de su papel y no descarguen la responsabilidad de la prevención en el sector educativo y estatal.

Sin embargo es importante tener presente que para que los entornos familiares puedan realizar una prevención efectiva frente a las conductas adictivas que se presentan en la actualidad, es prioritario que estas sean reconocidas socialmente, y no solo basta con que sean reconocidas, es necesario que las familias sean informadas, educadas y sensibilizadas sobre los riesgos que de estas conductas adictivas para la vida de sus hijos y familiares. Mientras estas adicciones no hagan parte de la agenda pública, y no se lleve el tema hasta las familias, será muy difícil esperar que estas puedan actuar de la manera esperada.

La familia es la principal fuente de protección o es el principal factor de riesgo de una persona, pero tenemos que lograr que los padres no se centren solo en proveer económicamente, sino también en acompañar, dialogar y poner límites. (P4: Psicólogo, especialista en adicciones)

La familia es indispensable a la hora de pensar en la prevención de estas adicciones, pero antes tenemos que lograr que los padres y madres de familia comprendan el riesgo de ellas, porque muchas veces desde el mismo escenario familiar se promueve el juego de azar, no se establecen horarios en relación al uso del internet y los video juegos, o límites con la comida, y eso lo que hace es que las conductas aumenten ante los ojos de los padres y ello no hagan nada. (P8: Médico Psiquiatra)

Con relación a lo anterior, (Echeburua y otro 2010: 4), hablando específicamente de las adicciones al internet, redes sociales y nuevas tecnologías, afirman,

El uso de las TIC y de las redes sociales impone a los adolescentes y adultos una responsabilidad de doble dirección: los jóvenes pueden adiestrar a los padres en el uso de las nuevas tecnologías, de su lenguaje y sus posibilidades; los padres, a su vez, deben enseñar a los jóvenes a usarlas en su justa medida. Los padres y educadores deben ayudar a los adolescentes a desarrollar la habilidad de la comunicación cara a cara, lo que, entre otras cosas, supone A) Limitar el uso de aparatos y pactar las horas de uso del ordenador. B) Fomentar la relación con otras personas. C) Potenciar aficiones tales como la lectura, el cine y otras actividades culturales. D) Estimular el deporte y las actividades en equipo. E) Desarrollar actividades grupales, como las vinculadas al voluntariado. F) Estimular la comunicación y el diálogo en la propia familia. La limitación del tiempo de conexión a la red en la infancia y adolescencia (no más de 1,5-2 horas diarias, con la excepción de los fines de semana), así como la ubicación de los ordenadores en lugares comunes (el salón, por ejemplo) y el control de los contenidos, constituyen estrategias adicionales de interés.

Lo anterior, es una muestra del papel que cumple la familia a la hora de establecer límites y normas claras, en el uso de ciertas conductas que si bien no son patológicas en sí mismas, si puede llegar hacerlo en la medida en que se abuse o se dependa de estas. Por lo tanto, si tenemos familias que establecen límites desde temprana edad con un niño, posiblemente ese niño en su edad adolescencia y adulta tendrá muchas más herramientas para controlar una conducta adictiva.

Programas Nacionales y departamentales enfocados en la prevención de las adicciones comportamentales

Al hablar de prevención y promoción de la salud mental nos remite a pensar en los programas exitosos que se han realizado a nivel Nacional y departamental y los cuales han tenido resultados satisfactorios frente a los objetivos trazados.

En esta caso, los profesionales en salud proponen utilizar algunos de los programas de prevención y promoción utilizados en la actualidad y que abordan temas como la prevención de consumo de sustancias psicoactivas, del embarazo adolescente, del suicidio, y la promoción de la salud sexual y reproductiva, la equidad de género, el trato digno, y de las habilidades para la vida; como escenarios en los cuales también se pueda realizar prevención de las adicciones no químicas.

Es decir, no es necesario crear nuevos programas que aborden específicamente estas adicciones, sin embargo es necesario que estas conductas adictivas empiecen a hacer parte de la agenda pública y puedan ser incluidas en los procesos de prevención trazados actualmente en los territorios.

En la actualidad hay muchos programas que llegan incluso hasta cada familia de algunos sectores de la ciudad de Medellín y buscando levantar un diagnóstico de la situación de salud de cada familia, y contribuir al bienestar de las mismas sin embargo, en dicho diagnóstico no es esta indagando por estas adicciones y el impacto en la vida de cada familia.

Los profesionales en salud entrevistados, manifiestan,

Yo creo que el estado tiene que meter la mano en una estrategia de salud que tenemos, pero que sigue cojeando, y es la atención primaria en salud, desde esta estrategia se puede llegar los hogares y realizar prevención y detección temprana de estas problemáticas. Yo creo que si se potencializa esta estrategia y el estado enfoca desde ahí sus acciones si se puede prevenir que estas adicciones no llegues a la parte asistencial. Pero lo que pasa es que el estado se esta preocupando por pagar la deuda a las EPS, y no está destinando recursos para potencializar este tipo de estrategias que si bien en la ciudad esta medio montado no está aún fortalecido. (P3: enfermera profesional)

Haciendo un diagnóstico de las familias que ellos visitan, pero que sea un diagnóstico integral, porque que pasa, va la enfermera y mira lo de ella, la trabajadora social también, pero no se articulan y no profundizan en estas problemáticas, pero para mí la acción principal es que en el diagnóstico de las familias et también sea un eje, para así poder identificarlo y prevenirlo. (P3: enfermera profesional)

Una de las principales estrategias que pueden ser usadas para la prevención e identificación de casos en riesgos frente a las adicciones no químicas es la estrategia de Atención Primaria en Salud, la cual según la OMS, en la declaración del Alma - Ata de 1978 la definen como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un

costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (OMS, 2008).

Indiscutiblemente la estrategia de atención primaria en salud es una de las más importantes a la hora de adelantar procesos de promoción y prevención en salud. Esta estrategia hace presencia en el departamento de Antioquia y el municipio Medellín a través del programa “*APS Salud Contigo*”, la cual según la gobernación de Antioquia busca mejorar la salud de las diversas poblaciones que habitan el departamento de Antioquia. La estrategia articula la promoción de la salud, la educación, la intersectorialidad, la participación social, comunitaria y ciudadana, para el acompañamiento a las familias y las comunidades procurando el cuidado esencial de la salud impactando en los determinantes sociales de la salud.

En esta vía, y teniendo presente que esta es una de las estrategias más empoderadas a nivel departamental frente a la prevención y promoción de la salud, se propone utilizarla como escenario de prevención y educación de las familias frente al tema de las adicciones comportamentales. El hecho de que un grupo de profesionales lleguen a la casa de una familia y brinden educación sobre lo que son estas adicciones, puede posibilitar que se empiece a desnaturalizar esta problemática y que las familias de la ciudad de Medellín puedan identificar a tiempo si hay una conducta adictiva que puede estar generando riesgo para la vida de un miembro de determinado núcleo familiar.

Otro de los programas que se sugiere ser utilizado como escenario de prevención, es el programa de servicios amigables. Este, es pensado inicialmente para prevenir el embarazo adolescente en niños, niñas y adolescentes y promover una salud sexual y reproductiva.

El Ministerio de Salud y Protección Social destacó la importancia del papel que desempeñan los Servicios de Salud Amigables, cuyo principal objetivo es facilitar el acceso y la atención integral de la población joven y adolescente, en el marco de los derechos de la salud sexual y reproductiva. En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad.

El modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.

A la fecha se han implementado 850 servicios de salud amigables en 695 municipios del país, con un 61% de cobertura, pasando de ser una estrategia focalizada en algunos municipios a ser un programa nacional con respaldo y reconocimiento internacional. (Minsalud 2018: 2).

El programa de servicios amigables, el cual ha tenido un impacto positivo en los diferentes territorios del país, y a nivel departamental y municipal ha sido destacado por lograr incidir de manera positiva en la participación de los adolescentes y jóvenes en los servicios en salud, puede ser utilizado para sensibilizar, informar y prevenir en los jóvenes algunas de las conductas adictivas de carácter no química, en especial aquellas que tienen que ver con la adicción al sexo. Es decir, un programa que ha sido utilizado para abordar el tema de salud sexual y reproductiva puede ser un espacio para la prevención algunas de las adicciones comportamentales presentadas y reconocidas por la población entrevistada.

Sin embargo, aunque existan programas que pueden posibilitar la prevención de estas adicciones, será muy difícil que esta se realice, si este tema no hace parte de la agenda pública, ya que esto incidirá de manera directa en la voluntad política y en la toma de decisiones por parte de los gobernantes.

Otra estrategia que se propone ser utilizada para la prevención de las adicciones comportamentales, es la prevención universal utilizada para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, en la actualidad esta prevención se está realizando en los planteles educativos a través de la estrategia de habilidades para la vida.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS 2001: 2), dice al respecto:

El enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria. Dentro de las “Habilidades para la vida”, se identifican 1) habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía), 2) habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación), y 3) habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control). Siendo entonces 10 habilidades para la vida: autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y manejo de tensiones y estrés.

La estrategia de habilidades para la vida se viene implementado a nivel nacional y departamental, buscando desde diferentes programas brindar herramientas a los adolescentes y jóvenes que les permita afrontar los

riesgos a los que se ven expuestos en su cotidianidad. Con base en esto, se propone utilizar la estrategia de habilidades para la vida para prevenir las adicciones no químicas y las conductas adictivas en los adolescentes y jóvenes; ya que al trabajar con esta población habilidades como el pensamiento crítico, la toma de decisiones, el manejo de emociones, la resolución de conflictos, entre otras; se podrá generar en los jóvenes la capacidad de tomar distancia de conductas adictivas que generen riesgo para su salud mental.

En la actualidad se viene realizando una prevención universal a través de las habilidades para vida, y creo que es una herramienta muy valiosa para prevenir las adicciones en general, incluyendo también las adicciones comportamentales, porque es que hay que trabajar con los jóvenes el uso del tiempo libre, la resolución de conflictos, etc. (P9: especialista en farmacodependencia, mg en educación)

Hay que llegar a los adolescentes y jóvenes a través de estrategias como las habilidades para la vida, ya no le podemos decir a un joven que no haga esto o aquello, hay es que darles herramientas para que ellos mismos tomen decisiones adecuadas, y para que tengan un pensamiento crítico al respecto, que no hagan las cosas por que los demás las hacen, ¿si me entiendes? (P2: psicólogo, especialista en adicciones)

Como lo mencionan los profesionales anteriormente, si bien no existe una estrategia de prevención definida para las adicciones comportamentales, existes estrategias de prevención universal que se vienen llevando a cabo en departamento y en el país como lo son las habilidades para la vida y la estrategia de Atención Primaria en Salud, las cuales pueden ser muy útiles a la hora de prevenir temas en salud mental como lo son las adicciones comportamentales.

En conclusión, se sugiere que el tema de las adicciones comportamentales haga parte de los escenarios de prevención ya existentes tanto a nivel departamental como municipal. Mientras este tema no este puesto sobre la mesa, y no haga parte de los ejercicios preventivos que se adelantan en la actualidad será muy difícil que la sociedad se concientice de sus riesgos y genere acciones de control al respecto.

Categoría 6. Intervención de las adicciones comportamentales

Hablar de intervención de las adicciones comportamentales suele ser algo complejo, ya que a la fecha en el país no existen ofertas de tratamiento específico para estas adicciones. Cabe resaltar que a la hora de intervenir estas adicciones, existe una gran diferencia entre las adicciones químicas y las comportamentales, ya que en las primeras el fin último de la intervención es la abstinencia de la sustancia y el no consumo, mientras que, en las adicciones no químicas, a excepción de la adicción a los juegos de azar, el fin último es el control de la conducta adictiva.

En relación a lo anterior, (Fernández y otros 2010: 8/9).), en el texto titulado *Adicciones sin drogas, características y vías de intervención*, sostienen,

Un primer aspecto que es necesario destacar es la dificultad de hablar de un tratamiento único de las adicciones sin drogas. Este tipo de adicciones son muy distintas entre sí y cada una de ellas tiene una serie de características específicas que deben contemplarse en los programas de tratamiento. Son muy diferentes las implicaciones que tiene, por ejemplo, la adicción al juego con las que puede tener la adicción al ejercicio físico o la adicción al trabajo.

No obstante, sí es cierto que, a pesar de sus diferencias, todas las conductas adictivas tienen algo en común, que constituye su aspecto nuclear: la pérdida de control sin la presencia de una sustancia química adictiva. De hecho, las dos características fundamentales de

este tipo de conductas adictivas, al igual que ocurre con las adicciones químicas, son la pérdida de control y la relación de dependencia que se establece en relación a una determinada conducta (continuar con ella a pesar de las consecuencias negativas que produce). Como consecuencia, las vías de intervención propuestas hasta la fecha son muy similares en todas ellas. Sin embargo, el primer aspecto que se debe tener en cuenta a la hora de afrontar el tratamiento de un paciente con una adicción sin drogas es el objetivo terapéutico: la abstinencia versus el control. En el tratamiento de las adicciones sin drogas resulta planteable, con la excepción del juego patológico, el objetivo de la abstinencia. Se trata de conductas descontroladas, pero que resultan necesarias en la vida cotidiana, como ocurre en el caso de trabajar, de comer, de comprar, de practicar el sexo, de conectarse a la red, etc. El objetivo terapéutico se centra, por tanto, en el reaprendizaje del control de la conducta. En el caso del juego patológico, en cambio, a pesar de los intentos que se han producido por plantear el juego controlado como objetivo terapéutico (Ladouceur y otros 2009), hoy por hoy no existe evidencia empírica suficiente que lo avale. Por ello, a diferencia del resto de adicciones sin drogas, el único objetivo asumible, con argumentos científicos claros, es la abstinencia del juego.

Con base en lo anterior es preciso tener claro que la intervención para la adicciones comportamentales debe de estar acorde a la conducta adictiva, puesto que no todas las conductas se pueden abordar de la misma manera, ejemplo de esto que es para la adicción a los juegos de azar el fin último de la intervención es la abstinencia, mientras que para adicciones como el trabajo, la comida, o el sexo, el fin último de la intervención debe de ser el control de dicha práctica.

La intervención de las adicciones no químicas es un asunto que debemos coger con pinzas, porque no es lo mismo intervenir o tratar un adicto a la droga a un adicto al juego o al sexo, aunque en ambos

hay de base una adicción, la relación que el sujeto establece con la conducta adictiva es muy diferente, y son los profesionales en salud los que deben saber establecer esas diferencias. (P8: Médico psiquiatra)

Acorde con lo anterior, la Investigación identifico que son pocas las ofertas de intervención existentes en la ciudad de Medellín tanto del sector público como del privado para estas adicciones, principalmente para aquellas que aún no cuentan con un reconocimiento social y estatal de la problemática.

La mayoría de instituciones o centro de rehabilitación en adicciones ofrecen tratamientos para la adicción al juego, siendo esta una de las únicas conductas adictivas de carácter comportamental para las que hay una oferta de intervención en la ciudad, sin embargo en la gran mayoría de casos, esta adicción la intervienen de la misma forma en la que intervienen las drogodependencias, lo cual incide de manera directa en la efectividad del tratamiento.

Cabe resaltar que cuando se indago con los profesionales en salud y expertos en el tema sobre modelos de tratamiento existentes en la ciudad o el país para las adicciones comportamentales, solo una profesional refirió que una instituciones de carácter privado (Centro Cita Salud Mental) tiene un modelo de intervención creado específicamente para la intervención de la adicción al juego.

En centro cita y logramos crear un protocolo para la atención de la ludopatía, y es un protocolo muy diferente al que se trabaja con las drogodependencias, se aborda las falacias del jugador, los pensamientos que aparecer en el jugador, por que mira en la investigación tuvimos la oportunidad de entrevistar ludópatas que estaban en tratamiento y lo que encontramos es que primero, se les

ofertaba exactamente lo mismo que un adicto a la droga, y segundo eso lo que hacía era que se creara en el ludópata unos pensamientos auto narcisistas muy marcados por que empezaban a decir “ es que yo no soy como el” “ yo no estoy tan mal como el” “ yo no meto droga, lo mío no es tan grave” cierto, entonces creo que por lo menos ahora los centros más especializados si han empezado a pensar otras maneras de intervenir particularmente la ludopatía. (P9: Especialista en farmacodependencia. Mg en Educación)

A continuación se desarrollara como categorías secundarias las ofertas de intervención del sector público y del sector privado en la ciudad de Medellín para las adicciones no químicas:

Oferta de intervención del sector público y el sector privado para las adicciones comportamentales

En la búsqueda realizada para esta investigación, se encontró que son pocas las ofertas de intervención que tiene el sector público para las adicciones comportamentales. Así mismo, los profesionales en salud entrevistados en el proceso investigativo manifiestan no conocer ofertas ni modelos de intervención de sector público para estas adicciones.

Sin duda alguna, el sector salud debería ser responsable de brindar atención frente estas adicciones, pero, si estas no están siendo reconocidas a nivel social, mucho menos lo serán a nivel estatal, es decir, si a nivel social no se están visualizando estas adicciones como un problema para la salud mental de los habitantes es muy poco probable que la voluntad política gubernamental se centren en crear ofertas de intervención para estas. Cabe resaltar que esto no hace que esta problemática sea menos importante a otras que hacen presencia en la ciudad, simplemente al no estar reconocidas no se está visualizando su impacto en la salud de la población.

Al respecto, los profesionales en salud dicen,

Bueno mira, nosotros en la institución estamos en capacidad de tratar el cuadro de ansiedad que hace parte incluso de los síntomas de un síndrome de abstinencia, pero yo creo que no estamos preparados para comenzar hacer el manejo especializado de estas patologías, porque si aún hoy es difícil que le reciban a uno en un hospital psiquiátrico o en un hospital que presten atención para la enfermedad mental y es difícil que le reciban a uno pacientes con una esquizofrenia, con un trastorno afectivo bipolar, o con un cuadro paranoide, ahora imagínate hoy, uno sentarse hoy a comentar un paciente que porque tiene una adicción al internet, o por una adicción al juego, eso queda como muy de pa' arriba, porque las esas instituciones tampoco han reconocido esta problemática, pero yo sé que si no hacemos nada, vamos a llegar allá. (P5: Médico, gerente de ESE Hospital)

Lo anterior, devela que el hecho de que estas conductas no estén reconocidas a nivel estatal e institucional genera un obstáculo para accionar de manera preventiva e interventiva sobre las mismas. La naturalización de estas conductas desde todos los escenarios sociales impide que se tomen medidas de control e intervención sobre estas adicciones, y es justamente esta naturalización la que hace que cuando una persona consulta al sector salud por algún efecto relacionado con una adicción comportamental sea poco lo que hace.

Cabe resaltar que esto se debe a dos factores, en primer lugar y como ya se mencionó encontramos la naturalización de estas adicciones, y en segundo lugar, y muy de la mano del primero, encontramos el desconocimiento que tienen los profesionales de la salud sobre las adicciones comportamentales.

Necesitamos que los profesionales en salud desde diferentes áreas y dependencias conozcan más sobre el tema, porque aun encontramos muchos médicos, enfermeras o incluso psicólogos que no saben que es una adicción comportamental, o no tienen ni idea de qué hacer si les llega un paciente de estos a consulta, entonces insisto, este es un tema que se debe poner mucho más sobre la mesa y sobre diferentes escenarios académicos. (P9: Especialista en farmacodependencia, Mg en Educación)

Por lo tanto se hace necesario que para generar una intervención adecuada por parte del sector salud frente a esta problemática que los profesionales en salud sean informados, sensibilizados y capacitados al respecto; esto permitiría en primer lugar desnaturalizar estas adicciones, y en segundo instancia, que cada profesional de la salud, independiente de su área de acción tenga herramientas para brindar una atención efectiva a una persona cuyo motivo de consulta manifiesto o latente es una adicción no química.

Otro de los factores, que según los profesionales entrevistados incide en que haya un poco oferta de intervención desde el sector público para las adicciones comportamentales es el colapso del sistema de salud en la actualidad en el estado colombiano.

(Vélez 2016) en su libro *La salud en Colombia*, dice que Colombia enfrenta una de las mayores crisis en el tema de seguridad social en salud prácticamente desde cuando fue promulgada la Ley 100 de 1993. Esta crisis sin duda alguna ha hecho que el modelo de aseguramiento, la prestación de servicios en salud, y la salud pública tengan procesos inadecuados en relación al desarrollo social y económico del país.

Lo planteado por la autora, permite comprender como la crisis de la salud en el estado Colombiano ha tenido repercusiones directas en los procesos de salud pública llevados a cabo en cada territorio, esto hace que los bajos presupuestos sean orientados a las problemáticas priorizadas por décadas y no se pueda desde este campo realizar una prevención e intervención adecuada frente a nuevos problemas emergentes de salud pública, como lo son las adicciones no químicas.

Si bien, es claro que el sector público tiene pocas ofertas de intervención para las conductas adictivas desarrolladas en esta investigación, el sector privado por el contrario puede tener un poco más de oferta para algunas de las adicciones comportamentales, sin embargo, los tratamientos ofertados no corresponden necesariamente al abordaje en particular que requiere una persona con determinada conducta adictiva de carácter no tóxico.

En la mayoría de instituciones o centros de rehabilitación para las drogodependencias atienden algunos casos de ludopatía, pero estos, en su gran mayoría son abordados como una adicción más, la oferta de tratamiento es la misma que para las drogodependencias, lo cual tiene una incidencia directa en la efectividad del tratamiento, ya que este está visualizado para otro tipo de problemática, que si bien puede tener similitudes entre sí por ser ambas una conducta adictiva, su abordaje debe de ser diferente, ya que como lo dice (Fernández y otro 2010), en las adicciones comportamentales, a excepción de la ludopatía, el fin último no es la abstinencia, sino el control de la conducta.

En esta vía, es importante preguntarnos hasta qué punto realmente existe una oferta para este tipo de adicciones, o solo se adecuan algunas estrategias utilizadas para la rehabilitación de las farmacodependencias, sin tener una oferta de tratamiento dirigida específicamente para las adicciones no químicas. Esto no quiere decir que tengan que haber centros de

rehabilitación exclusivos para estas adicciones, realmente va más allá de que se comparta un espacio en común, lo importante, es que la intervención a realizar en una persona con una adicción al sexo, la comida, el juego, el internet, los video juegos, entre otras sea con objetivos específicos y acorde a la conducta adictiva presentada.

VII. Conclusiones

Con base en la recolección, análisis y discusión de la información en torno al tema que nos convoca, se puede concluir que:

- Tanto los profesionales en salud como la población juvenil participante de la investigación tienen diversas representaciones sociales frente a las adicciones comportamentales y sus diversas conductas adictivas, lo que hizo que muchos de los profesionales entrevistados brindaron sus aportes al tema con base en sus RS y no desde el discurso del saber.
- La mayoría de conductas adictivas de carácter comportamental están naturalizadas a nivel social, lo que dificulta que la población pueda identificar los riesgos de estas y generar acciones de control al respecto. La naturalización de estas adicciones se presenta debido a que la mayoría de estas son prácticas realizadas de manera cotidiana por la comunidad, lo cual hace que cuando se presente un abuso de la conducta no se considere problemático o patológico.
- Muchas de las problemáticas psicosociales que emergen en la contemporaneidad son susceptibles de convertirse en problemas de salud pública en la medida en que sus consecuencias generan afectaciones para la salud mental y física de un grupo determinado de personas; y este es el caso de las adicciones comportamentales, pues aunque estas emergen en el marco de problemas psicosociales atravesados por factores como la naturalización, el consumismo, entre otros, sus consecuencias tienen una implicación no solo para la salud mental del adicto sino también para su entorno más cercano, en esta medida, en preciso concluir que aunque las adicciones comportamentales aparecen en el marco de lo psicosocial, pueden ser consideradas como determinantes sociales para salud pública de la población.
- La naturalización de las adicciones comportamentales no solo hace presencia en comunidad en general, también hace parte de las RS con las que cargan los profesionales en salud, lo cual dificulta en gran

manera la identificación, prevención e intervención de estas adicciones desde el sector salud. Puesto que mientras para el profesional de la salud estas conductas adictivas sigan siendo “normales” será muy difícil que estas adicciones lleguen a ser consideradas como un problema de salud pública.

- Acorde a lo planteado por los profesionales en salud entrevistados y los jóvenes participantes de los grupos focales se identifica a la familia como un escenario fundamental para la prevención o estimulación de las adicciones comportamentales. La relación que los padres establecen con sus hijos, el acompañamiento que realizan a estos, y las prácticas adictivas que se presentan en la familia influyen de manera directa en la existencia de conductas adictivas de carácter comportamental en los adolescentes y jóvenes.
- La ludopatía es la adicción comportamental con mayor reconocimiento social en la ciudad de Medellín, así mismo es la única que cuenta con un reconocimiento a nivel científico y académico. Sin embargo y pese al reconocimiento que tiene, no deja de ser una práctica naturalizada socialmente.
- La adicción al internet y los videojuegos son otras de las prácticas adictivas que empiezan a tener un reconocimiento a nivel social, y a generar cuestionamientos en el gremio académico, sin embargo la percepción de riesgo frente a estas conductas sigue siendo muy baja, y aunque empiecen a ser reconocidas como conductas problemáticas para la población adolescente y juvenil, ambas conductas siguen teniendo un nivel alto de naturalización por parte de la población.
- La percepción de riesgo que se tiene frente a las adicciones comportamentales en general es muy baja, en esta incide de manera directa la naturalización de las conductas adictivas, lo que hace que aunque la población considere que algunas prácticas adictivas pueden generar riesgo para su salud física o mental, no tomen medidas de control al respecto, puesto que dichas prácticas son “normales” para ellos.
- En la construcción de percepción de riesgo que tiene la población frente a las adicciones comportamentales influye principalmente las

consecuencias psicosociales con las cuales se relacionan estas conductas, sin embargo, la población participante de la investigación no reconocen en gran medida los riesgos que pueden generar las adicciones comportamentales para la salud pública de la comunidad.

- Acorde a las entrevistas semi estructuradas con profesionales de la salud y expertos en el tema, y los grupos focales realizados con jóvenes de 3 instituciones educativas de la ciudad, se puede concluir que para ambas poblaciones las adicciones comportamentales no son en la actualidad un problema de salud pública, sin embargo los expertos en el tema enfatizan en la importancia de generar acciones de prevención para que estas adicciones no se conviertan en un problema mayor para la salud pública de la población, el cual afectara principalmente la salud mental de la misma.
- En la actualidad no existen estrategias de prevención cuyo objetivo específico sea prevenir las adicciones comportamentales, sin embargo se identifican algunas estrategias de prevención universal que pueden aportar a la prevención de estas adicciones, para lo cual importante que desde los escenarios estatales, educativos y familiares se ponga el tema sobre la mesa para así poder re direccionar las estrategias de prevención existentes.
- La oferta de intervención para las adicciones comportamentales en la ciudad de Medellín sigue siendo muy baja, la mayoría de instituciones no cuentan con un modelo de intervención específico para estas adicciones, lo que hace que en muchos de los casos se intervenga con el mismo modelo de las adicciones químicas, lo cual influirá en la efectividad del tratamiento.
- Se precisan más estudios que puedan demostrar estadísticamente el impacto que tienen las adicciones comportamentales en la salud pública de la población colombiana.
- El hecho que las adicciones comportamentales estén naturalizadas a nivel social, académico y estatal, impide que las autoridades correspondientes tomen medidas de acción, prevención y control sobre estas adicciones, por lo tanto es importante seguir poniendo el tema

sobre la mesa, tanto en escenarios sociales, comunitarios, y académicos, ya que solo en la medida que haya un empoderamiento social sobre este tema, se podrán generar las acciones requeridas para prevención e intervención de las adicciones comportamentales y las muchas otras problemáticas que afectan la salud mental de la población.

- Si bien algunas adicciones comportamentales tienen afectaciones en la salud física de las personas, es importante resaltar que sus mayores implicaciones afectan la salud mental de adicto y su entorno, generando consecuencias tales como el aislamiento social, depresión, cuadros de ansiedad, ideación suicida, entre otros. Por lo tanto se hace de vital importancia la inclusión las adicciones comportamentales en las políticas públicas de salud mental, puesto que solo así se podrán generar acciones transversales que prevengan y mitiguen los efectos de estas adicciones.

VIII. Limitaciones

- Si bien existen investigaciones de punta que abordan el tema de las adicciones comportamentales, y cada vez más son los investigadores que se preguntan por este tema, hasta la fecha no se encontró una investigación que relacionara de manera directa las adicciones comportamentales con la salud pública, lo cual se constituye en una de las principales limitaciones a la hora de estudiar el tema, puesto que fue difícil dar soporte bibliográfico a la manera en la estas adicciones afectan la salud pública de la población.
- A la hora de entrevistar los profesionales en salud se encontró que muchos de estos no tenían herramientas sólidas para para aportar al tema, lo cual implico para el proceso investigativo buscar un nuevo grupo de profesionales y expertos en el tema que pudieran aportar de manera más profunda al tema.
- Una de las limitaciones propias de la investigación cualitativa como tal, es que dicho enfoque trabaja con las realidades subjetivas de sus participantes, y dichas realidades pueden variar su forma y contenido dentro de los individuos. Por lo tanto el alcance del estudio cualitativo consiste en la comprensión de un fenómeno social complejo, y no, en la medición de las variables implicadas en dicho fenómeno.

IX. Perspectivas de Investigación

Con base en los hallazgos encontrados, se sugiere para próximas investigaciones sobre el tema tener presente la siguiente temática:

- Investigaciones cuantitativas sobre el impacto de las adicciones comportamentales para la salud pública de la población.
- Representaciones sociales y percepción de riesgo de personas que presente una adicción comportamental.
- Estrategias de prevención e intervención para las adicciones comportamentales.

X. Anexos

Anexo A. Instrumento para grupos focales

Preámbulo

Saludo (buenos días, tardes o noches; dependiendo del momento concertado para la entrevista).

Muchas gracias por aceptar esta invitación.

Como usted sabe, mi nombre es Yuvirley Arenas Villa, soy estudiante de la maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional del Rosario-Argentina. Acordamos esta cita para realizar una entrevista que tiene como objetivo obtener información para mi proyecto de tesis de maestría el cual pretende comprender las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tienen los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad de Medellín frente a las adicciones no químicas.

Es importante que usted sepa que para este grupo foca no habrá respuestas buenas ni malas, que usted no está obligado a responder las preguntas que no quiera y que la información que me suministre solo tiene fines académicos e investigativos relacionados con mi formación.

Para mí es muy importante poder grabar esta conversación ya que al tratarse de una entrevista de alrededor de dos horas, es posible que no recuerde de manera puntual todo lo que en este espacio dialoguemos; sin embargo, debo aclarar que sus datos personales serán manejados de manera confidencial y anónima; lo anterior significa que en ningún momento otras personas sabrán a quién corresponde la información que usted me brinde y que en tal sentido no habrán consecuencias de tipo académico, profesional o legal para usted.

¿Está de acuerdo con lo que le acabo de decir?

¿Tiene alguna pregunta que me quiera hacer antes de empezar?

¿Me permite grabar la entrevista/ grupo focal?

Una vez se tenga la aprobación por parte del participante y se hayan resuelto sus posibles dudas, se enciende la grabadora, se le solicita dar su consentimiento oral para el registro de la grabación, se firma el consentimiento informado escrito y se da inicio a el grupo focal.

Ficha frontal para jóvenes y profesionales en Salud que participen en la investigación

1. *Nombre*-----
2. *Edad* -----
3. Estrato socioeconómico-----
4. Estado civil_____
5. Máximo nivel educativo alcanzado_____
6. Ocupación actual_____

Guía para Grupo focal

Con base en los objetivos planteados para la presente investigación se han diseñado una serie de preguntas con las cuales se pretende reunir la información necesaria en relación al tema, a continuación se presentará cada objetivo con las preguntas que dan cuenta de este:

1. Identificar las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tiene la población juvenil y los profesionales del sector salud de la ciudad de Medellín frente a las adicciones No químicas con el fin de establecer estrategias de prevención adecuadas y eficaces.
 - *¿Qué creen que es una adicción no química?*
 - *¿Qué problemas en la salud física, mental u otras consecuencias sociales puede traer a una persona el tener una adicción no química?*
 - *¿Cómo creen los jóvenes que el estado, la sociedad, la familia, y la escuela se pueden prevenir estas adicciones?*
2. Indagar por las prácticas susceptibles adictivas de carácter no químicas que se presentan en la ciudad de Medellín, buscando

establecer que representaciones sociales tiene la población en relación a estas.

- *¿Cuáles son las conductas adictivas de carácter no químicas que más practican los jóvenes en Medellín?*
 - *¿Qué creen u opinan los jóvenes sobre estas prácticas?*
3. Describir las principales creencias que tienen los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad de Medellín frente a las adicciones no químicas.
- *¿Qué creen los jóvenes sobre los juegos de azar y los videos juegos?*
 - *¿Qué creen los jóvenes sobre pasar largas horas en internet?*
 - *¿Qué creen los jóvenes sobre otras prácticas adictivas relacionadas con el deporte, el trabajo o las relaciones sentimentales?*
4. Dar lineamientos para el establecimiento de políticas públicas en relación con la prevención de las adicciones no químicas, y en especial de la ludopatía, en la ciudad de Medellín.
- *¿Consideran los jóvenes que este es un problema en el cual el Estado debería intervenir?, ¿Porque?*
 - *Como creen los jóvenes que el estado y el sector salud podrían prevenir o intervenir esta problemática?*

Anexo B. Instrumento para entrevista semi estructurada con profesionales de salud

Preámbulo.

Saludo (buenos días, tardes o noches; dependiendo del momento concertado para la entrevista).

Muchas gracias por aceptar esta invitación.

Como usted sabe, mi nombre es Yuvirley Arenas Villa, soy estudiante de la maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional del Rosario-Argentina. Acordamos esta cita para realizar una entrevista que tiene como objetivo obtener información para mi proyecto de tesis de maestría el cual pretende comprender las representaciones sociales y la percepción de riesgo que tienen los jóvenes y los profesionales en salud de la ciudad de Medellín frente a las adicciones no químicas.

Es importante que usted sepa que para esta entrevista no habrá respuestas buenas ni malas, que usted no está obligado a responder las preguntas que no quiera y que la información que me suministre solo tiene fines académicos e investigativos relacionados con mi formación.

Para mí es muy importante poder grabar esta conversación ya que al tratarse de una entrevista de alrededor de dos horas, es posible que no recuerde de manera puntual todo lo que en este espacio dialoguemos; sin embargo, debo aclarar que sus datos personales serán manejados de manera confidencial y anónima; lo anterior significa que en ningún momento otras personas sabrán a quién corresponde la información que usted me brinde y que en tal sentido no habrán consecuencias de tipo académico, profesional o legal para usted.

¿Está de acuerdo con lo que le acabo de decir?

¿Tiene alguna pregunta que me quiera hacer antes de empezar?

¿Me permite grabar la entrevista/ grupo focal?

Una vez se tenga la aprobación por parte del participante y se hayan resuelto sus posibles dudas, se enciende la grabadora, se le solicita dar su consentimiento oral para el registro de la grabación, se firma el consentimiento informado escrito y se da inicio a la entrevista.

Ficha frontal para jóvenes y profesionales en Salud que participen en la investigación

1. Nombre-----
2. Edad -----
3. Estrato socioeconómico-----
4. Estado civil_____
5. Máximo nivel educativo alcanzado_____
6. Ocupación actual_____

Guía de entrevista semi estructurada

- *¿Qué es una adicción no química?*
- *¿Qué implicaciones tienen estas adicciones en la salud y la salud mental de una persona?*
- *¿consideran los profesionales de la salud que las adicciones no químicas pueden ser un problema de salud pública, porque?*
- *¿Cuáles son las prácticas adictivas de carácter no químico más frecuentes en la ciudad de Medellín?*
- *¿En su quehacer profesional ha identificado personas que pudieran tener una adicción no química? ¿cuáles eran sus síntomas?*
- *¿Cómo percibe el Estado y el sector salud estas adicciones?, ¿son un problema para ellos o no?*
- *¿Qué consecuencias puede traer a la vida de una persona presentar una adicción no química?*
- *¿Cómo creen los profesionales de la salud que se podría prevenir esta problemática?*

Anexo C. Representaciones sociales y percepción de riesgo de los jóvenes y los profesionales en salud frente a las adicciones no químicas

Test para identificación de informantes e informantes claves

Nombre: ----- Edad-----

Grado-----

Institución Educativa-----

Señale con una X la opción con la que se identifica:

1. Cuantas horas al día pasa usted en internet

- a) De 1 a 4 horas
- b) 4 a 8 horas
- c) 8 horas o más

2. Con que frecuencia visita el gimnasio o realiza actividad física relacionada con las pesas

- a) Entre 1 y 3 veces a la semana
- b) Todos los días, varias horas al día
- c) No practico actividad física en gimnasio ni con pesas

3. Alguna vez ha apostado dinero en maquinitas u otros juegos de azar como cartas, parques, domino etc.

SI----- NO -----

4. Con que frecuencia juega video juegos:

- a) Casi todos los días
- b) casi nunca lo hago
- c) nunca juego video juego

Bibliografía

- Abab, J; Mestre, L. (2005). Prensa y representaciones sociales de la salud mental. Colegio oficial de psicólogos de Madrid. España. (Versión electrónica); documento tomado de:
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179817557001>.
El 25 de noviembre del 2013.
- Aignerren, M. (2002). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Universidad de Antioquia. Colombia. (Versión electrónica); documento tomado de:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1611/1264> , el 13 de enero del 2015.
- Andrade, J; Remencio, C; Villamil, S. (2012) Niveles de adicción al ejercicio corporal en personas fisiculturistas. Universidad San Buenaventura. Colombia. (Versión electrónica); documento tomado de:
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=qO5BCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA209&dq=adiccion+al+deporte+en+colombia&ots=M6AjY-3_la&sig=r0Mwt4JIsuredDGiUbvQUsRrxGw#v=onepage&q=adiccion%20al%20deporte%20en%20colombia&f=false , el 06 de marzo del 2017.
- Araya, S. (2002) Cuaderno de ciencias sociales 127. Las representaciones sociales, ejes teóricos para la discusión. Facultad latinoamericana de ciencias sociales. Costa Rica. (Versión electrónica); documento tomado de
<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf> el 02 de noviembre 2014.
- Badillo, A. (2012) Delincuencia organizada en Colombia, Medellín una perspectiva histórica del crimen organizado. Asociación Latinoamericana de Psicología Jurídica y Forense. Colombia. (Versión electrónica) Artículo tomado de:
<http://psicologiajuridica.org/archives/2763>, el 04 de abril del 2018.

- Bahamon, V. (2006) "Juego patológico, revisión del tema". Colombia.
(Documento electrónico), tomado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v35n3/v35n3a07> el 03 de noviembre del 2014.
- Blanca, D; Coletti, M. La adicción al juego ¿no va más? Buenos aires-Argentina. Ed: Lugar.
- Blanco, P; Rodríguez, I; Montes, C. (2016). Contexto familiar y adicción al juego, factores que determinan su relación. Instituto de investigación de drogodependencias. España. (Documento Versión electrónica)
Tomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83946520002.pdf> , el 12 de febrero de 2017.
- Ballesteros, B; Novoa, M; Caycedo, C, & García, D. (2006) "Análisis funcional de casos de conducta de juego en niños y jóvenes de Bogotá-Colombia", Universidad Javeriana de Bogotá. Colombia.
(Versión electrónica) Tomado de
<http://www.adicciones.es/files/Ballesteros.pdf> , el 15 de mayo 2015.
- Beck, U. (2001) Retorno a la teoría, la sociedad en riesgo. Institut für Soziologie. (Versión electrónica). Documento tomado de
<http://supervivir.org/archi01/riesgoub.pdf>. El 14 de marzo del 2014.
- Brugal, M; Rodríguez, A & Villalbi, J. (2006). Nuevas y viejas adicciones, implicaciones para la salud pública. Agencia de salud pública de Barcelona, España. (Versión electrónica). Documento tomado de
<http://www.sespas.es/informe2006/p2-2.pdf> el 04 de octubre, 2014.
- Cala, M; Beltrán, M; Cubillos, D, & Molano, M. (2011) "Diseño de prueba para medir compra compulsiva en la población Colombiana" universidad el Bosque. Bogotá-Colombia. (Versión electrónica).
Documento tomado de
<http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/>

[cuadernos hispanoamericanos psicologia/volumen11_numero2/articulo_4.pdf](#) el 26 de mayo del 2015.

Calderos, G; Castaño, G & Storni, M. (2010). Ludopatía: una dependencia química de cuidado. Medellín- Colombia

Cañas, J. 2004. Antropología de las adicciones, psicoterapia y rehumanización. Madrid. Ed: DYKINSON

Castaño, G. (2011). “Adicciones emergentes, una propuesta de abordaje”. Fundación Universitaria Luis Amigo. Medellín- Colombia. (Documento electrónico) Tomado del 26 de febrero del 2015.

Castaño, G; Calderón, G; Restrepo, S. (2016) factores de riesgo para ludopatía en un grupo de jugadores de casinos de la ciudad de Medellín, Colombia. Instituto de investigación de drogodependencias. España. (Versión electrónica) Documento tomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83946520007.pdf> , el 18 de agosto del 2017.

Choliz, M; Marco, C. (2011). “Patrón de uso y dependencia de videojuegos en infancia y adolescencia” Universidad de Murcia. España. (Versión electrónica) Documento tomado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16720051019.pdf> , el 06 enero del 2017.

Cia, A. (2014). Adicciones no relacionadas a sustancias (DSM -5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. Perú. (Versión electrónica) Documento tomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372036946004.pdf> , el 06 de agosto del 2017.

Comisión asesora para la política de Drogas en Colombia. (2013), Lineamientos para la política pública frente al consumo de drogas.

Bogotá, Colombia. (Versión electrónica) tomado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf el 17 de octubre 2014.

Echeburua, E. (1992) Patología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. Universidad del País Vasco. (Documento electrónico) tomado de: <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/7099> , el 04 de septiembre de 2013.

Echeburua, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones. Editorial Desclee de brouwer, S.A. España.

Echeburua, E (2010). Adicciones a las nuevas tecnologías y las redes sociales, un nuevo reto. Universidad del país Vasco. (documento electrónico) Tomado de: <http://www.adicciones.es/files/91-96%20editorial%20echeburua.pdf> , el 24 de mayo 2015.

Echeburua, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? Universidad del País Vasco. España. (Versión electrónica) Documento tomado de: <http://www.redalyc.org/html/2891/289124639001/> , el 15 febrero del 2017.

Fantin, M; García, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas. Universidad Nacional de San Luis. Argentina. (Documento Versión electrónica) Tomado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n2/v9n2a1.pdf> , el 12 febrero del 2017.

Fernández, J; Secades, R. (2002) Intervención familiar para la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional de Drogas. España. (Versión electrónica) Documento tomado de: http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/FHermida_Secades_2002_Intervencion_familiar.pdf el 17 de diciembre del 2017.

Fortuny, M; Gallego, J. (1988). Educación para la salud. España. (Versión electrónica) documento tomado de:
<http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de%20educacion/articulosre287/re28713.pdf?documentId=0901e72b813c300e> el 02 de diciembre del 2017.

García del Castillo, A. (2012). Prevención basada en la evidencia. Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías. España. (Versión electrónica). Documento tomado de:
[file:///C:/Users/ASUS/Downloads/web%20prevencin%20basada%20en%20la%20evidencia%201%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/web%20prevencin%20basada%20en%20la%20evidencia%201%20(1).pdf) , el 05 de abril del 2017.

Gutiérrez, C; Ferreira, R. (2007). “Vigorexia, estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual”. Universidad de Antioquia, Medellín. (Documento electrónico), tomado de:
<http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/105-vigorexia.pdf> el 27 de mayo del 2015

Iglesias, S. (2007) Representación social de la epilepsia en pacientes del hospital psiquiátrico en la Habana. Escuela Nacional de Salud Pública, Habana Cuba. (Versión electrónica) tomado de
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/representacion_social_de_la_epilepsia_en_pacientes_del_hph.enero_mayo_2007_a4_1.pdf , el 06 de marzo 2015.

Instituto de Estudios Peruanos. (2002) Representación social un concepto perdido, Serge Moscovici. Lima, Perú.
<http://cholonautas.edu.pe/modulo/upload/tallmosc.pdf>

Jurado, V. (2013) Tesis doctoral: consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la provincia de Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba- Argentina. (Versión electrónica).

Lewis, O. (2008) Naturalización de los comportamientos culturales. (Versión electrónica), documento tomado de:

<https://antropologiacbc.files.wordpress.com/2008/09/1-7-aavv-naturalizacic3b3n-de-los-comportamientos-culturales.pdf> , el 25 de febrero del 2017.

López, R. (2011), la entrevista cualitativa como técnica para la investigación en el trabajo social. (Versión electrónica), Artículo tomado de <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf> , el 24 de julio de 2014.

López, L. (2002), Población, muestra y muestreo. (Versión electrónica), artículo tomado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>. El 26 de julio del 2014.

Marco, C; Choliz, M. (2013). Tratamiento cognitivo conductual en un caso de adicción a internet y videojuegos. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. (Versión electrónica), documento tomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56025664009.pdf> , el 01 de noviembre del 2017.

Martínez, J; Trujillo, H & Robles, L. (2006) factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. Andalucía. (Versión electrónica)

Martínez, M. (2002), La etnometodología y el interaccionismo simbólico, sus aspectos metodológicos principales. (Versión electrónica) Artículo tomado de: http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html#_ftn1. El 24 de julio del 2014.

Martínez, N. (2012), Reseña metodológica sobre los grupos focales. (Versión electrónica) artículo tomado de: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/2063/1/4.%20Resena%20metodologica%20sobre%20los%20grupos%20focales.pdf>, el 28 de julio del 2015

Meule, A; Rezori, V; Blechert, J. (2016) Adicción a la comida y bulimia nerviosa. (Versión electrónica) documento tomado de: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_76_03_bulimia.pdf el 23 de noviembre del 2017.

Moncada, J, Chacon, Y. (2012), el efecto de los videojuegos en variables sociales, psicológicas y fisiológicas en niños y adolescentes. Universidad de Costa Rica. (Versión electrónica) Documento tomado de: http://retos.org/numero_21/Retos%2021%2043-49.pdf , el 07 de enero del 2017.

Moñivas, A. (1994) Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría. Universidad complutense de Madrid. España. (Versión electrónica), Tomado de: <http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=epistemologia+y+representaciones+sociales&btnG=&lr=> .El 25 de marzo del 2014.

Mora, A. (2009) Adicciones psicológicas: conceptualización e intervención. Barcelona. (Versión electrónica) artículo tomado de: <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=350> el 09 de marzo del 2013.

Mora, M. (2002) La teoría de las representaciones sociales, de Serge Moscovici. Universidad de Guadalajara. México. (Versión electrónica). Documento tomado de: <http://www.insumisos.com/bibliotecanew/Teoria%20de%20las%20representaciones%20sociales.pdf> , el 03 de febrero del 2014.

National Institute on Drug Abuse. (2007) ¿Cuáles son las consecuencias del abuso de esteroides para la salud? Estados Unidos. (Versión electrónica) Artículo tomado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-los-esteroides-anabolicos/cuales-son-las-consecuencias-del-abuso-de-los-esteroides-l> , el 10 de agosto del 2017.

Organización de los estados Americanos (2013) El problema de las drogas en las Américas: estudios, drogas y Salud Publica. (Versión electrónica) Tomado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf , 05 de marzo del 2015.

Organización Mundial de la salud. (2014) Salud para los adolescentes del mundo, una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, Suiza. (Versión electrónica) documento tomado de: http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf , el 05 de enero del 2018.

Rodríguez, A; Fernández, A. (2014). Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental de los adolescentes colombianos. Universidad de Granada. España. (Versión electrónica). Documento tomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v17n1/v17n1a13.pdf> el 09 de abril del 2017.

Perera, M (1999) A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos y trayectoria en la actualidad. (Versión electrónica) artículo tomado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/cu/cu-013/index/assoc/D8527.dir/Perera_perez_repr_sociales.pdf. El 11 de febrero del 2014.

Pérez, J; Cano, H. (2007) El juego de azar y el video juego en la universidad de San Buenaventura- Medellín. Colombia. (Versión electrónica), Tomado de: <http://web.usbmed.edu.co/usbmed/elagora/htm/v7nro2/documentos/capitulo%207.pdf> . el 10 de marzo del 2014.

Peruga, A; Rincon; & Selyn, H. (2002). “El consumo de sustancias adictivas en las Américas”. Organización Panamericana de la Salud.

(Documento electrónico) Tomado de <http://www.adicciones.es/files/Consumo%20de%20sustancias%20en%20America.pdf>, el 23 de enero del 2015.

Puerta-Cortes, D. (2013) "Uso problemático del internet en una muestra de estudiantes universitarios Colombianos" Universidad de Ibagué. Colombia. (Versión electrónica) tomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a12.pdf> el 26 de mayo del 2016.

Plan Decenal de Salud Pública, PDSP ,2012-2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. (Versión electrónica), documento tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf> , el 16 de septiembre del 2017.

Psicoadolescencia.com. (2018), OMS reconoce el trastorno por videojuegos como un problema mental. Argentina. (Versión electrónica) artículo tomado de: <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/adicciones/adic030.pdf> el 09 de mayo del 2018.

Sandoval, C. (1996). Investigación cualitativa. Bogotá. Cercas editores.

Secades, R; Fernández, J; García, G, Al-Halabi, D. (2011) Estrategias de intervención en el ámbito familiar; guía para promover la ampliación y la participación en programas preventivos. Barcelona, España. (Versión electrónica) documento tomado de: http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Estrategiasintervencionfamiliar_DIBA.pdf , el 18 de diciembre del 2017.

Taylor. S. J, Bogdan. R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España. Paidós Básica.

- Tejeiro, R; Pelegrina, M; Gómez, J. (2009). Efectos psicosociales de los videojuegos. Universidad de Málaga. España. (Documento Versión electrónica) Tomado de https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Tejeiro/publication/228540389_Efectos_psicosociales_de_los_videojuegos/links/00b7d532df8229654e000000.pdf , el 19 de febrero del 2017.
- Torres. A. (1998). Estrategias y técnicas de investigación cualitativa. Bogotá. Faculta de ciencias humanas de la UNAD.
- Vanegas. B. (2000) La investigación cualitativa un importante abordaje a del conocimiento para la enfermería. Bogotá. Universidad nacional de Colombia. (Versión electrónica) tomado de: <file:///C:/Users/YUVI/Downloads/Dialnet-LaInvestigacionCualitativa-4036726.pdf> , el 26 de febrero del 2015.
- Vasco. C. (1985) Tres estilos de trabajo de las ciencias sociales. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. (Versión electrónica) Documento tomado de: http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/177/TresEstilosdeTrabajo_1_.pdf el 09 de octubre del 2015.
- Vélez, M. (2016). La salud en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. (Versión electrónica) Documento tomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n2/v64n2a25.pdf> , el 13 de junio del 2017.
- Zapata, M. Torres, Y & Montoya, L. (2010) “Riesgo del Juego patológico, factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín”. Universidad del CES, Medellín - Colombia. (Versión electrónica), tomado de: <http://www.adicciones.es/files/17-26%20zapata%2023-1.pdf> el 18 de noviembre del 2014.