

**Creencias adictivas centrales como factor determinante en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años.**

**Gisella De La Torre Peña.**

**Carolina Jaramillo Mercado**

**Cesar Giovanni Martínez**

**Camilo Andres Vargas Rojas**

**Olena Klimenko**

**Universidad Católica Luis Amigó**

**Medellín**

**25/11/2016**

Creencias adictivas centrales como factor determinante en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años.

## **Contenido**

- 1. Planteamiento del problema.**
- 2. Justificación**
- 3. Objetivos**
- 4. Marco referencial**
  - 4.1. Antecedentes.**
  - 4.2. Marco teórico.**
    - 4.2.1. Las sustancias psicoactivas
    - 4.2.2. Policonsumo
    - 4.2.3. Patrón de consumo
    - 4.2.4. Poblaciones consumidoras
    - 4.2.5. Creencias centrales
- 5. Metodología.**
  - 5.1. Enfoque investigativo:**
  - 5.2. Nivel: descriptivo**
  - 5.3. Población y muestra.**
    - 5.3.1. Criterios de inclusión**
    - 5.3.2. Criterios de exclusión**
  - 5.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**
  - 5.5. Plan de análisis de datos.**
  - 5.6. Acceso a la población y muestra**
  - 5.7. Procedimiento**
  - 5.8. Logros y dificultades**
- 6. Resultados**
- 7. Discusión.**
- 9 Referencias**
- 10 ANEXOS**

## **1. Planteamiento del problema.**

Existen en la realidad clínica múltiples cuestionamientos aun irresueltos a cerca de la etiología, curso y factores intervinientes en diversos cuadros clínicos atendiendo al contexto en el que se presentan, surgiendo el planteamiento de si estos adquieren diversas manifestaciones según sean las variables subjetivas que entran en juego.

La farmacodependencia y aún más específicamente, el policonsumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno multicausal y de manifestaciones crecientes que implica la presencia de ciertas características, atributos individuales o factores de riesgo psicosociales. En Colombia, según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes en el año 2013, consumen droga cerca de 400.768 personas; del total de consumidores, más de 220.000 consumen marihuana; unos 89.000 bazuco y 92.000 cocaína. La gran mayoría, un 80 por ciento, son hombres.

El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes de 12 a 17 años con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3%. Medellín tiene la mayor tasa de consumo con el 8.2%, seguido por Quindío y Risaralda, con prevalencias superiores al 6%; Antioquia y Meta que superan el 5%; Bogotá tiene un 3,6% y barranquilla 1,5%.

Los indicadores de riesgo abarcan una serie de dimensiones que van desde aspectos sociodemográficos a las dimensiones subjetivas, como los fenómenos cognitivos, tales

como la creencias y las expectativas (Gómez, et al., 2007). Los teóricos cognitivos plantean que las personas reaccionan ante su entorno según la percepción singular que tienen de éste.

La forma de valorar los acontecimientos es lo que determina el comportamiento (Beck et al, 1999; Beck A, 1976; Beck A, 1984; Beck. J, 2000).

Ante una situación determinada, las personas desarrollan distintos niveles en sus propios pensamientos. En uno de esos niveles se despliegan los llamados pensamientos automáticos, que no surgen de una reflexión, sino de manera breve y rápida; constituyen el nivel más superficial de la cognición, es decir, se observan a nivel del campo perceptual consiente. Estos pensamientos automáticos provienen de esquemas cognitivos cuyo contenido son las creencias centrales (Beck. J, 2000) que se constituyen en ideas profundas, globales e inflexibles, dominantes acerca de sí mismo y consideradas verdades absolutas.

Uno de los obstáculos principales a la hora de terminar con el consumo de una droga es la red de creencias disfuncionales que se centran alrededor de éste (Beck et al, 1999) jugando un papel importante en la generación de impulsos. Dichas creencias ayudan a formar las expectativas que moldean los impulsos al consumo y/o abuso.

Las creencias adictivas, son una categoría introducida por Aaron Beck, quien señala que estas contribuyen a mantener la adicción y proporcionan el trasfondo para la recaída, siendo consideradas por Aaron Beck y colaboradores (1999, p.68), como “estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia”. Así, las creencias adictivas pueden definirse “como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape” (Gómez, 2008), categorizándose en creencias Anticipatorias que hacen referencia a las

expectativas de recompensa ligada al consumo de drogas, creencias de Alivio que remiten a la asunción de que las drogas mitigaran o impedirán un malestar determinado y creencias Permisivas o facilitadoras en donde el sujeto minimiza las consecuencias adversas de las drogas.

De esta manera, partiendo de la influencia de las variables subjetivas (sistema de creencias) en la manifestación del fenómeno adictivo, la meta última de este proyecto es investigar un problema potencial y motivar a la comunidad científica a superar los límites de la teorización, proponiendo nuevas alternativas de abordaje viables para enfrentar el creciente fenómeno del abuso de sustancias asociado a dicha influencia, proporcionando herramientas eficaces.

### **Pregunta problema**

¿Cuáles son las creencias adictivas centrales que determinan el patrón de consumo de sustancias psicoactivas en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años?

## **2. Justificación**

Nuestra realidad actual, enmarcada en la globalización, ha estado llamada a afrontar un sinnúmero de cambios impuestos por la evolución misma que invitan al análisis concienzudo de los factores que han tenido ocurrencia y que han precipitado que dicha realidad se agudice; uno de ellos, es el consumo de sustancias psicoactivas. La situación adquiere complejidad si se tiene en cuenta que dicha práctica es el reflejo de una manera de adaptarse a la sociedad (Villarreal González, Sánchez Sosa, & Musitu Ochoa, 2013). Por lo cual, no puede vislumbrarse de manera reduccionista y atribuirlo simplemente a una enfermedad, o a un hecho aislado libre de la influencia de la colectividad.

Según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado por la Dirección Nacional de Estupeficientes en el año 2013, se evidencia un incremento en el grupo de drogas ilícitas lo cual se explica por el aumento en el uso de marihuana. Mientras el 7.9% de la población declaró haber usado marihuana alguna vez en la vida en el estudio del 2008, un 11.5% declaró lo mismo el 2013, señalando un aumento de casi cuatro puntos porcentuales. Respecto del uso en el último año, la prevalencia aumentó significativamente a nivel nacional de un 2.1% en el 2008 a un 3.3% en el 2013. Aunado a ello se observa un incremento significativo a nivel nacional en el uso de cocaína alguna vez en la vida que pasó de 2.5% en 2008 a 3.2% en 2013.

En virtud de lo anteriormente expuesto y a que se está ante un fenómeno en crecimiento el presente trabajo tiene por objetivo Identificar cuáles son las creencias adictivas centrales que determinan el patrón de consumo de sustancias psicoactivas en dos grupos poblacionales resultando determinante para la ciencia, para el programa de

postgrado de la Fundación Universitaria Luis Amigó, para el sujeto que está siendo investigado, para la institución y la sociedad.

Es importante para el mundo científico ya que se busca ampliar los conocimientos de una problemática de difícil manejo como es el consumo de sustancias mediante la descripción de las creencias adictivas centrales que determinan su ocurrencia en dos grupos poblacionales. Para la psicología como disciplina se aportará un conocimiento profundo acerca de determinantes cognitivos que puedan resultar predisponentes en la aparición de dicho cuadro.

En última instancia, resulta relevante para los participantes del estudio pues al conocer a profundidad y con mayor claridad el sistema de creencias que repercute en su recuperación podrán desarrollar estrategias orientadas a su resolución, reconociendo la trascendencia del tratamiento; favoreciendo esto una mejora en todas las dimensiones de su vida.

### **3. Objetivos**

#### **Objetivo general**

Identificar las creencias adictivas centrales en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años

#### **Objetivos específicos**

- ✓ Describir las diferencias existentes en cuanto a las creencias adictivas centrales como determinantes del patrón de consumo de sustancias psicoactivas en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años.
  
- ✓ Describir la influencia de las creencias adictivas centrales en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años.

## **4. Marco referencial**

### **4.1. Antecedentes.**

Al indagarse a cerca de los antecedentes existentes alrededor de la variable de creencias asociadas al consumo de sustancias, se encuentra que Gómez (2008), desarrolló el trabajo titulado Abuso Y Consumo De Drogas. Creencias y vulnerabilidad, que tenía como objetivo fundamental reseñar tres estudios realizados por el equipo de investigación del Autor, dos del tipo cuantitativo y uno del tipo cualitativo, con el fin de establecer el rol de las creencias como factor de riesgo constitutivo de la vulnerabilidad al abuso de drogas y/o alcohol. Revisándose trabajos alrededor de la influencia de distintos tratamientos institucionales en relación con las creencias adictivas, creencias adictivas al inicio del consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba y estudio descriptivo acerca de las creencias farmacológicas sobre los efectos de las drogas en sujetos consumidores y no consumidores de sustancias.

En las conclusiones se pone de manifiesto la implicancia que podrían tener las creencias (adictivas y farmacológicas), en tanto fenómeno cognitivo, en el desarrollo de vulnerabilidad al abuso de drogas; complementando la elaboración conceptual que la teoría cognitiva ha desarrollado como modelo explicativo de los trastornos de drogodependencia y, a su vez, se aportan elementos para establecer el rol que las creencias tienen en tanto factor de riesgo, determinante de la diferente vulnerabilidad al abuso de drogas.

Por otro lado en el año 2010, Jose Martínez y Antonio Verdejo, publicaron su estudio titulado “Creencias adictivas y craving” el cual tuvo como objetivo principal investigar la capacidad predictiva de las creencias básicas adictivas y las creencias sobre el craving

sobre el deseo de consumo de drogas desde el modelo cognitivo de adicción. Se examinó de manera específica la influencia de la duración de la abstinencia sobre el grado con el que se identifican los pacientes con las creencias y la intensidad del craving. Como metodología de estudio se utilizaron tres cuestionarios para conocer el nivel de craving así como el grado con el que se identifican las personas con creencias básicas adictivas y creencias sobre el craving.

La muestra la componen 130 drogodependientes de diferentes sustancias, distinta evolución de la drogadicción, tiempo de abstinencia y género. Los resultados obtenidos apuntaron a que las creencias básicas adictivas, junto con variables clínicas como la sustancia principal de consumo y la duración de la abstinencia, predicen significativamente la intensidad del craving percibido por los pacientes. La intensidad del craving, así como el grado con el que se identifican las personas con las creencias básicas adictivas y creencias sobre el craving difieren significativamente en función del tiempo de abstinencia, porque se identifican más con estas creencias los pacientes que llevan menos tiempo abstinentes, luego entonces, las creencias adictivas tienen capacidad para predecir no sólo el nivel de craving sino también el nivel con el que los pacientes se identifican con las creencias sobre el craving.

Desde otro plano y siguiendo la misma línea de investigación, en el año 2010 un grupo de investigadores colombianos publican un documento sobre el estudio denominado “Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia” el cual se realizó en la ciudad de Barranquilla específicamente en el Hospital Universitario ESE CARI (Centro de Atención y Rehabilitación Integral) de la ciudad de Barranquilla. La investigación se llevó a cabo en el Programa de

Farmacodependencia en las modalidades de hospitalización, hospital día y ambulatorio. Participaron un total de 90 sujetos adultos policonsumidores del género masculino. El instrumento utilizado fue el cuestionario de Creencias acerca del abuso de sustancias de Beck, Wright, Newman y Liesse (1999). Según los resultados obtenidos las creencias más frecuentes son las relacionadas con el hecho de evitar sufrimiento, es decir, las creencias que hacen referencia al alivio que suministra la sustancia.

A posteridad, Lado, G. y Grondona J. (2011), desarrollaron un estudio titulado “Creencias asociadas al consumo en pacientes adictos del hospital general de agudos Teodoro Álvarez” cuyos objetivos consistieron en describir las características de la población que consulta en el servicio de adicciones del hospital, y detectar las creencias sobre el consumo de sustancias en esta población, para ello se realizó un cuestionario por medio del cual se ha indagado sobre el entorno psicosocial de la persona a admitir y de su historia de consumo, aplicado a 49 sujetos, que concurrieron a una entrevista de admisión en el Servicio de Adicciones del Hospital Álvarez, entre agosto de 2008 a marzo del 2009.

Se priorizó para este estudio la edad del individuo, edad de inicio de consumo, frecuencia y tipo de droga consumida, cantidad de tratamientos anteriores y el puntaje obtenido en el cuestionario de creencias sobre el consumo de Beck. El análisis de los resultados demostró los diferentes niveles de creencias sostenedoras del consumo de la población estudiada de acuerdo a su edad cronológica y tiempo de evolución de la patología. Esto podría indicar que a medida que la patología evoluciona, se van instalando en el adicto creencias disfuncionales acerca del consumo que refuerzan los síntomas y perpetúan la enfermedad. El análisis de los mismos se efectuó utilizando el modelo desarrollado por Beck para el tratamiento de las adicciones.

En la misma línea de investigación pero desde otro grupo poblacional Cortés, M. et al (2011), realizaron un estudio sobre las Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes, el cual tuvo por objetivo evaluar los determinantes cognitivos que llevan a 136 estudiantes de enseñanza secundaria (Media=16.6 años; d.t.=1.17 años) a realizar un consumo intensivo de alcohol (>60 g. varones y >40 g. mujeres, en 2 horas), utilizando como marco de referencia la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1985).

Hallándose por resultado la existencia de una sobreestimación de consecuencias positivas derivadas de este consumo unido a una infravaloración del deterioro psicosocial. También destaca la falsa percepción de control sobre la conducta, a pesar de llegar a reconocer su incapacidad para manejarla en situaciones puntuales, y el influjo intermedio que ejerce la presión social.

En el año 2012 Martínez J. M., Verdejo A. y Becoña E. llevaron a cabo un trabajo denominado “Estudio exploratorio del impacto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en el consumo tras la abstinencia” cuyo objetivo era conocer si existen diferencias en el grado con el que se identifican los pacientes que se encuentran abstinentes con determinadas creencias inmediatamente antes de que se produzca un episodio de consumo y días posteriores al mismo, para ello se les pidió a los participantes que contestaran al cuestionario de modo que permitiera llevar a cabo una estrategia para la detección y desarticulación de creencias que influyen, según estos resultados, en la decisión de consumir nuevamente cuando se está abstinente.

La muestra estuvo conformada por 29 personas que presentan dependencia a la cocaína o al alcohol, en el que el 75,9 % de ellos son hombres y el 24,1 % mujeres, quienes

siguen tratamiento ambulatorio desde hace al menos dos meses, encontrándose que existen diferencias entre el grado con el que los pacientes se identifican con las creencias evaluadas antes y después del consumo, destacando el impacto tanto de las creencias relacionadas con la adicción como las relacionadas con la renuncia al consumo sobre el deseo de consumir, para ello se reseñaron tres estudios realizados por el equipo de investigación del autor, siendo éstos La influencia de distintos tratamientos institucionales en relación con las creencias adictivas, creencias adictivas al inicio del consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba y estudio descriptivo acerca de las creencias farmacológicas sobre los efectos de las drogas en sujetos consumidores y no consumidores de sustancias.

Los mismos autores en el año 2012 dan a conocer su estudio denominado “Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad” Los objetivos de este estudio fueron estimar la capacidad predictiva de las creencias sobre el craving y los consumos de alcohol; y examinar la evolución a lo largo de nueve meses de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en función de la comorbilidad con trastornos de personalidad. Participaron 65 pacientes con dependencia de alcohol de los que el 56.4% presentaban Trastornos de personalidad comórbidos. Se administró el Cuestionario de Creencias relacionadas con la adicción y con el craving, y se recogieron como medidas de resultado el número de consumos de alcohol durante el tratamiento y el grado de ajuste psicológico.

Los resultados indican que es posible medir de manera fiable un conjunto de creencias adictivas, que el nivel de identificación con estas creencias permite predecir el craving, los consumos de alcohol durante el tratamiento y el ajuste psicológico global, y que el curso de dichas creencias durante el tratamiento difiere en función de la presencia de

comorbilidad con TP; los pacientes con TP comórbido presentan una evolución mucho más irregular de su identificación con las creencias relacionadas con la adicción.

En la misma línea del estudio antes mencionado, Trujillo H. & Vargas C. (2012) llevaron a cabo el estudio denominado “Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes jóvenes” que tuvo por objetivo conocer el contenido de las representaciones sociales acerca del consumo de drogas en adolescentes y adultos jóvenes, y si tales representaciones favorecían y, por lo tanto, predecían el consumo de las mismas. Para ello, se seleccionaron seis creencias acerca del uso social de las drogas –tales como tomar alguna droga es normal–, considerándolas como indicadores de dichas representaciones sociales.

La muestra estuvo compuesta por 417 alumnos del Ciclo Formativo de Grado Medio y Programa de Garantía Social pertenecientes a distintos centros educativos de la ciudad de Granada, considerados de alto riesgo para el consumo. Los resultados mostraron que las creencias evaluadas estaban presentes entre los participantes, que predecían el consumo de drogas legales e ilegales y que estaban asociadas sobre todo al consumo de cannabis. En conclusión, en los programas preventivos sería de gran utilidad tener en cuenta las representaciones sociales sobre el uso de drogas.

Teniendo en cuenta los estudios anteriores se evidencia la importancia de contemplar el sistema de creencias adictivas como factor que influye en el patrón de consumo del paciente y así mismo en las situaciones de recaída. Por lo que es menester desarrollar el presente estudio con el fin de generar conocimiento que se convierta en bases sólidas para los profesionales implicados en proceso de rehabilitación de adicciones.

## **4.2. Marco teórico.**

### **4.2.1. Las sustancias psicoactivas**

Conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo, el uso y dependencia de sustancias psicoactivas representan un factor significativo en el incremento de la carga total de morbilidad a nivel mundial. El Informe Mundial de la Salud 2002 (OMS) estableció que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas. En muchos países el impacto del uso y dependencia de sustancias psicoactivas se relaciona con un amplio conjunto de problemas de salud y de exclusión social, que contribuyen a la expansión de la carga de morbilidad, entre los cuales resalta el aumento del VIH/SIDA a través del uso de drogas intravenosas. (Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud , 2005).

Las drogas tienen una larga historia de uso terapéutico: el alcohol, el tabaco, la cafeína, la marihuana, la cocaína, la LSD, las anfetaminas, el yagué, etc., han sido utilizadas desde épocas remotas como remedios para todo tipo de males. En la actualidad el alcohol etílico se utiliza como antiséptico y como antídoto para la intoxicación por metanol; la cafeína es utilizada como analgésico; el tabaco y el yagué continúan siendo imprescindibles en las prácticas de medicina indígena; la marihuana, a pesar de su carácter ilegal, es utilizada en todo el mundo para menguar síntomas de diferentes enfermedades; la cocaína y las anfetaminas son utilizadas como supresores del apetito y estimulantes del

rendimiento físico e intelectual; y la LSD es utilizada como agente psicoterapéutico en Suiza (Ott, 1996) citado por (Giraldo, 2016)

Es necesario conocer algunos términos relacionados con el consumo de sustancias **Abuso y dependencia**, estos términos hacen parte de las descripciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), el cual utiliza criterios específicos para dichas definiciones y por lo tanto cito textualmente

➤ **Criterio para dependencia de sustancias**

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses

➤ **Tolerancia**

Definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

➤ **Abstinencia**

Definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej. fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej. consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera). (Giraldo, 2016)

#### **4.2.2. Policonsumo**

Al crearse tolerancia a una sustancia psicoactiva por parte del consumidor, este tiene la necesidad de consumir cantidades mayores de la droga de su preferencia. En algunos casos esta sustancia específica ya no sacia su necesidad, razón por la cual acude a drogas distintas con el propósito de obtener una sensación más fuerte. A esto se le conoce como policonsumo se define como *la forma de combinar drogas para acrecentar su efecto, esto como parte del proceso mismo de la adicción y de las distintas formas de cómo se manifestó en las personas que las consumen.* (Murillo Castro, 2013).

El policonsumo de drogas puede tener distintas motivaciones y estar asociado a diferentes conductas. Se pueden mezclar drogas para potenciar al máximo la experiencia psicoactiva. También es posible que se consuma una segunda sustancia para compensar los efectos negativos de una primera droga. El policonsumo de drogas constituirá asimismo un reflejo de la disponibilidad de drogas y de las pautas de consumo en entornos o contextos específicos (Toxicoman, 2009).

#### **4.2.3. Patrón de consumo**

Una vez inmerso en el consumo de sustancias psicoactivas, el consumidor o adicto experimenta gran cambio en su cotidianidad ya que su atención se centra en las drogas, donde sus esfuerzos, sentimientos y acciones están dirigidos exclusivamente a la obtención de esta sustancia. Los patrones compulsivos del uso de droga están reservados para aquellos comportamientos en los cuales el obtener la droga (y las fuentes de financiamiento), el usar y experimentar sus efectos, forman un círculo que se repite con exclusión de la mayoría de otras actividades. (Rodríguez Chacón, 2013)

Las drogas y las formas de su consumo han evolucionado de manera sorprendente, la forma en cómo estas sustancias psicoactivas hacen parte cada vez importantes de las personas que las consumen. Estas personas deben realizar conciente o inconcientemente acciones que los lleven al objetivo final, el consumo. Estos patrones que determinan el consumo han evolucionado a la par con las drogas y con las formas en cómo se ingieren, a continuación se describirá algunos patrones de consumo encontrados en adictos cada vez más jóvenes.

- Sujetos que se inician en el consumo de drogas a edades tempranas.

- Adolescentes más o menos estructurados que realizan alguna actividad normalizada (estudian o trabajan).
- Conviven y dependen de su familia.
- Realizan un uso social de las sustancias.
- Consumo íntimamente ligado a sus contextos de ocio, a su manera de divertirse y al grupo.
- Consumo centrado en el fin de semana que busca acompañar y ampliar sus actividades recreativas en este período de tiempo (más vitalidad, “más marcha” y/o mayores alteraciones perceptivas), para una vez pasado este espacio de tiempo, retornar a sus actividades rutinarias entre semana, a sus estudios y/o a su trabajo.
- Mayoría de policonsumidores; consumo simultáneo de varias drogas, pero sobre todo de alcohol, cannabis, y/o estimulantes (drogas de síntesis y cocaína (los menos) y también consumos minoritarios de ácidos.
- Con poca percepción de riesgo de las sustancias que toman (sobre todo del alcohol y del cannabis). Tampoco se percibe riesgo por un consumo ocasional de otros tipos de drogas: pastillas, ácidos, cocaína... Aunque perciben ciertos riesgos en estas últimas, algunos están dispuestos a asumirlos, porque en su particular balanza “riesgos/beneficios”, los beneficios que esperan superan los costes que su consumo les puede deparar.
- Percepción de control al tratarse de un uso centrado en el fin de semana y no diario. Piensan que esta pauta de consumo no genera dependencia y la percepción de otro tipo de riesgos es muy baja.

- Percepción del uso de drogas como masivo y algo muy extendido en su generación(todos los chicos/as toman algo cuando salen los “fines”), lo cualautojustifica su propio consumo.(Arbex Sánchez, 2002)

#### **4.2.4. Poblaciones consumidoras**

El consumo de drogas tiende a ser más alto en poblaciones que padecen por circunstancias sociales desfavorables. Estudios circunscritos a trabajadores sexuales; niños, niñas y adolescentes explotados sexualmente y adolescentes en conflicto con la ley, muestran indicadores de consumo que superan con creces los que aparecen en los estudios en población general y escolarizada.

Si bien el consumo de sustancias psicoactivas es muy antiguo en Colombia y el uso de marihuana y cocaína está documentado desde mediados de 1900 con base en reportes médicos y declaraciones de autoridades en salud, es hacia la década de los sesentas y setentas cuando se reconoce un uso extendido con finalidades recreativas, y es en la primera década de los noventas cuando se producen los primeros grandes estudios nacionales sobre este asunto (Scoppetta, 2010), en el año de 1972 Daniel Samper Pizano confirma el nacimiento de comunas hippies que afirman que la droga empieza a llegar a Colombia. En 1973 el tráfico y uso de estupefacientes sigue en aumento, se oyen denuncias que ciudadanos norteamericanos enseñan a nuestros primitivos analfabetos a manipular la coca. Los gobiernos de Estados Unidos y Colombia comienzan a tomar medidas, mientras el presidente Nixon aumenta el presupuesto para combatir el tráfico, aquí en Colombia el presidente Pastrana declara públicamente en un artículo del tiempo que:

“El gobierno de Colombia se comprometerá en el futuro en tal empeño con todos los recursos que sean necesarios para combatir este peligro creciente que pueda destruir la sociedad” (Santos Gómez ,1973 citado por (Perez, 1994))

La década de los ochenta no se presenta para Colombia, desde el punto de vista del consumo de SPA, bajo buenos augurios. En efecto como consecuencia de lo ocurrido en el decenio anterior, no solo se ha producido en la población una especie de complicidad con el narcotráfico.

En el congreso sobre el alcoholismo y la farmacodependencia, en Medellín, se había afirmado explícitamente que Colombia era un productor principalmente de coca y consumidor en proporciones no precisadas pero mayores de lo que se creía. (Perez, 1994).

Para la realización del presente trabajo y para el logro de sus objetivos, se dispondrá del material proporcionado desde el modelo de la psicología de terapia cognitiva y de su representante más significativo como lo es Aaron Beck. Se sustraerá de esta terapia, para la continuidad del presente trabajo todo lo relacionado con el aspecto de las creencias, tema que a continuación se expondrá de una forma más completa.

#### **4.2.5. Creencias centrales**

Las creencias centrales son las ideas más dominantes acerca de uno mismo. Algunos autores se refieren a ellas como esquemas. Beck (1964) diferencia ambas categorías y sugiere que los esquemas son estructuras cognitivas propias de la mente y las creencias centrales son el contenido específico de esas estructuras. Más adelante establece la teoría que las creencias centrales negativas se pueden clasificar en dos categorías: las que se asocian con el desamparo y las que se asocian con la imposibilidad de ser amado, (Beck, en

prensa). Algunos pacientes tienen creencias centrales, que corresponden a una sola de éstas categorías y otros, de ambas.

Éste tipo de creencias se desarrollan durante la infancia, mientras el niño se relaciona con las personas más significativas y se ve expuesto a diversas situaciones. La mayoría de las personas suele mantener durante toda su vida primordialmente creencias centrales positivas. Las creencias centrales negativas generalmente surgen en los momentos de estrés psicológico (sin embargo algunos pacientes con trastornos de la personalidad suelen mantener activas, en forma casi permanente sus creencias negativas.) A menudo, a diferencia de lo que ocurre con los pensamientos automáticos, las creencias centrales que los pacientes “conocen” como verdaderas acerca de ellos, no están completamente articuladas hasta que el terapeuta comienza a desentrañarlas investigando los significados de los pensamientos del paciente.

Los pacientes también pueden tener creencias centrales negativas acerca de otras personas y del mundo “no es posible confiar en los demás”, “el mundo lugar es un lugar podrido”. Además de trabajar sobre las creencias centrales referidas al yo, también es necesario evaluar y modificar éstas ideas centrales generalizadas irrigadas respecto de los otros y el mundo.

Las creencias centrales negativas habitualmente son globales, generalizadas y absolutas. Cuando una creencia central se activa, el paciente procesa con facilidad la información que la sustenta, pero no puede reconocer o distorsiona la información que la refuta. (Beck, 1995).

Para los intereses de este trabajo se decidió que las creencias más relevantes en el desarrollo del mismo comprende las creencias centrales adictivas.

### ➤ Creencias adictivas

Estas creencias están caracterizadas inicialmente por ideas centradas en la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. (Gómez, 2008) Y se relacionan directamente en cuanto que Beck et al. (1976, 1991, 2006), formularon una descripción de creencias que conducen a que la persona beba o utilice drogas. Según estos autores, en el corazón mismo del problema de la adicción se encuentra un conjunto de creencias centrales que interactúan con los estresores vitales para producir un exceso de ansiedad que conduce a la búsqueda de la sustancia para aliviarlas (Polo Martínez, Restrepo Atuesta, Cerra Betancour, Parra Santander, Medina Feris, & Paez Giron, 2010) De estas creencias adictivas se resaltan tres categorías en especial que comprende la base del material con que se recolectara la información para la ejecución del presente trabajo.

### ➤ Tipos de creencias adictivas

- 1) Creencias Anticipatorias que hacen referencia a las expectativas de recompensa ligada al consumo de drogas.
- 2) Creencias de Alivio que remiten a la asunción de que las drogas mitigaran o impedirán un malestar determinado.
- 3) Creencias Permisivas o facilitadoras en donde el sujeto minimiza las consecuencias adversas de las drogas. (Gómez, 2008)

Estas creencias se desarrollaran en el instrumento con que se cuenta para la realización del objetivo **Cuestionario de creencias a cerca del abuso de sustancias (Beck, et. al.; 1999).**

## **5. Metodología.**

### **5.1. Enfoque investigativo:**

La presente investigación se desarrollara bajo un enfoque metodológico cuantitativo el cual parte de la premisa que existe una realidad objetiva única que no está sujeta a variación por las observaciones y mediciones realizadas constituyéndose en metas ultimas de investigación el describir, explicar y/o predecir los fenómenos (causalidad) (Sampieri, 2014); atendiendo a que tanto las creencias adictivas centrales como la realidad del consumo de sustancias son condiciones dadas en la población que no estarán sujetas a modificación por los evaluaciones efectuadas siendo la pretensión ultima del estudio se orienta describir las manifestaciones del fenómeno adictivo en dos grupos poblacionales.

### **5.2. Nivel: descriptivo**

La metodología empleada en este estudio está basada en una investigación de nivel descriptivo-comparativo, debido a que se realiza una descripción de las creencias adictivas centrales como factor determinante en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas en dos grupos poblacionales de adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años.

### **5.3. Población y muestra.**

El estudio se desarrolla con base a un muestreo no probabilístico o de selección intencional, la cual selecciona sujetos típicos de una población con características determinadas.

La población estará constituida por adultos policonsumidores con edades comprendidas entre los 20 y 28 años que se encuentran en un proceso de tratamiento en las ciudades de Bogotá y Barranquilla, respectivamente.

La muestra corresponde a 50 sujetos de sexo masculino con edades comprendidas entre los 20 y 28 años de la ciudad de Bogotá y Barranquilla, para un total de 100 personas.

### **5.3.1. Criterios de inclusión**

- Cumplir con los criterios diagnósticos del CIE 10 para trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.
- Tiempo abstemio, mínimo de 2 meses.
- Ausencia de síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.
- Ausencia de trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- Evidencia de procesos cognitivos normales (atención, percepción, memoria, comprensión, pensamiento lógico)
- Adulto entre los 20 y 28 años de edad

### **5.3.2. Criterios de exclusión**

- Trastorno psicótico
- Trastorno psiquiátrico mayor
- Tiempo abstemio inferior a dos meses.
- ACV (Accidente cerebro vascular)
- Alteración en los procesos cognitivos superiores
- Ser menor de 20 años

#### **5.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Los inventarios y cuestionarios enunciados a continuación fueron empleados con el fin de analizar las creencias adictivas centrales y obtener un perfil de consumo de la población, permitiendo responder a los objetivos e interrogantes centrales del estudio.

#### **ASSIST**

Es un cuestionario corto de tamizaje, diseñado para atención primaria. Abarca todas las sustancias psicoactivas, incluyendo alcohol, tabaco/cigarrillo y drogas ilícitas.

Ayuda a los profesionales de la salud a identificar pacientes con consumo peligroso, nocivo, o dependencia de una o más sustancias; permitiendo diferenciar personas abstemias o con bajo riesgo, consumidores problemáticos o en riesgo y dependientes, Ali y Humeniuk (1997).

#### **Cuestionario de creencias a cerca del abuso de sustancias (Beck, et. al.; 1999)**

El instrumento que permitió la recolección de la información es un cuestionario que evalúa las creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas, el cual fue diseñado por Fred Wright y Aaron Beck encontrado en el texto “terapia cognitiva de las drogodependencias”.

Este cuestionario consta de 20 afirmaciones teniendo los sujetos la posibilidad de responder opiniones que oscilan del 1 al 7, correspondiendo el máximo puntaje al mayor grado de afirmación y el menor puntaje al grado máximo de desacuerdo. Este cuestionario contiene afirmaciones relacionadas con los tres tipos de creencias adictivas anteriormente explicitadas. Y la distribución es la siguiente: ítems de creencias anticipadoras 1, 2, 5, 7, 11, 12, 20; ítems creencias de alivio 4, 8, 9, 14, 17, 19; ítems de

creencias facilitadoras o permisivas 3, 6, 10, 13, 15, 16, 18; previo a analizar los resultados en función de los objetivos planteados.

#### **5.5. Plan de análisis de datos.**

Para el análisis de los resultados y verificación de hipótesis se construirá una matriz de datos, mediante el SPSS 22 que es un programa estadístico informático usado en las ciencias sociales, con el objeto de analizar las variables en los dos grupos especificados anteriormente, se llevará a cabo análisis de varianza.

#### **5.6. Acceso a la población y muestra**

Tras haber establecido con antelación los criterios de inclusión y exclusión poblacional, el acceso a la muestra estuvo sujeto a ello. En la ciudad de Barranquilla tras efectuar solicitud formal, se logró el apoyo de la Fundación San Francisco de Asis y la Ips Creser, quienes facilitaron el acceso a la población que se encuentran al interior de las mismas en calidad de usuarios de los servicios que prestan como comunidad terapéutica y centro de desintoxicación, respectivamente.

En el mismo orden de ideas, en la ciudad de Bogotá el acceso a la población fue posible a través de la fundación IDIPRON, posibilitando la evaluación completa de la muestra correspondiente a quienes hacen parte del programa de integración social.

#### **5.7. Procedimiento**

Para la ejecución del presente trabajo de investigación, se contó con el consentimiento del grupo de pacientes, a quienes se les explicó previamente el propósito del estudio y el uso confidencial de los resultados.

Acto seguido, se procedió a realizar la aplicación individual del Cuestionario ASSIT y el Inventario de CREENCIAS A CERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS (Beck, et. al.; 1999) tanto al grupo afectado de la ciudad de Barranquilla, como al grupo poblacional de la ciudad de Bogotá tardándose alrededor de diez sesiones intensivas, atendiendo al compromiso en los procesos de atención y comprensión a consecuencia de los procesos de consumo en los sujetos evaluados.

Para el análisis de los resultados y verificación de hipótesis se construyó una matriz de datos, mediante el SPSS 17. Con el objeto de comparar las variables estudiadas en los diferentes grupos especificados anteriormente, se llevó a cabo un análisis t, muestra relacionadas.

## **5.8. Logros y dificultades**

Tras haberse determinado previo acceso a la población los criterios de inclusión y exclusión de la misma, una de las mayores dificultades fue precisamente encontrar una muestra que se ajustara a dichos parámetros establecidos, esto es, que tuvieran un tiempo de abstención mínimo de 2 meses en ausencia de trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas; teniendo en cuenta que en la ciudad de barranquilla la mayor parte de instituciones que ofertan rehabilitación suelen mezclar diversos grupos poblacionales y que quienes inician tratamiento lo hacen en medio de un episodio psicótico agudo, fue difícil que una sola jornada de evaluación se lograra valorar a un amplio grupo, aunado a ello la mayor parte de individuos que se encuentran en proceso de

internamiento son menores de 20 años atendiendo a que ingresa a proceso por solicitud de sus padres y no debido a una solicitud voluntaria.

Dentro de los principales logros se obtuvo la disposición y apertura tanto a nivel institucional como de los individuos a aportar de si para hacer contribuir con el proceso dando entonces cumplimiento dentro de los tiempos establecidos.

A través del proceso de aplicación se generó conciencia en los sujetos de las creencias que sostenían su consumo y a través de dicho reconocimiento se indicó a las instituciones hacia donde orientar el abordaje de las mismas.

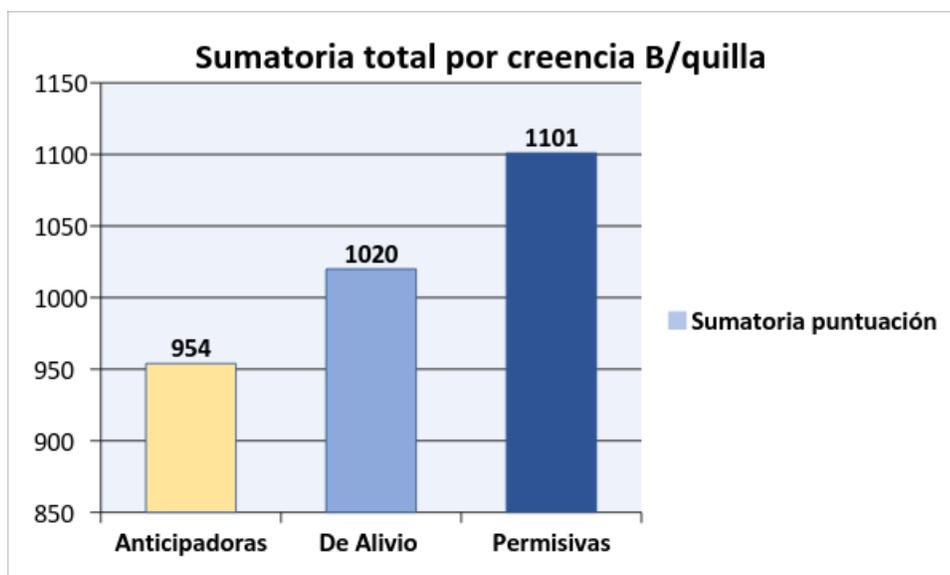
## **6. Resultados**

Una vez llevado a cabo el proceso de aplicación de los instrumentos, siendo estos el Cuestionario ASSIT y el Inventario de CREENCIAS A CERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS (Beck, et. al.; 1999, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las diversas variables contempladas en la evaluación.

### **Inventario de Creencias A Cerca Del Abuso De Sustancias (Beck, et. al.; 1999)**

<b>Creencias Adictivas</b>	<b>Sumatoria puntuación</b>
Anticipadoras	954
De Alivio	1020
Permisivas	1101

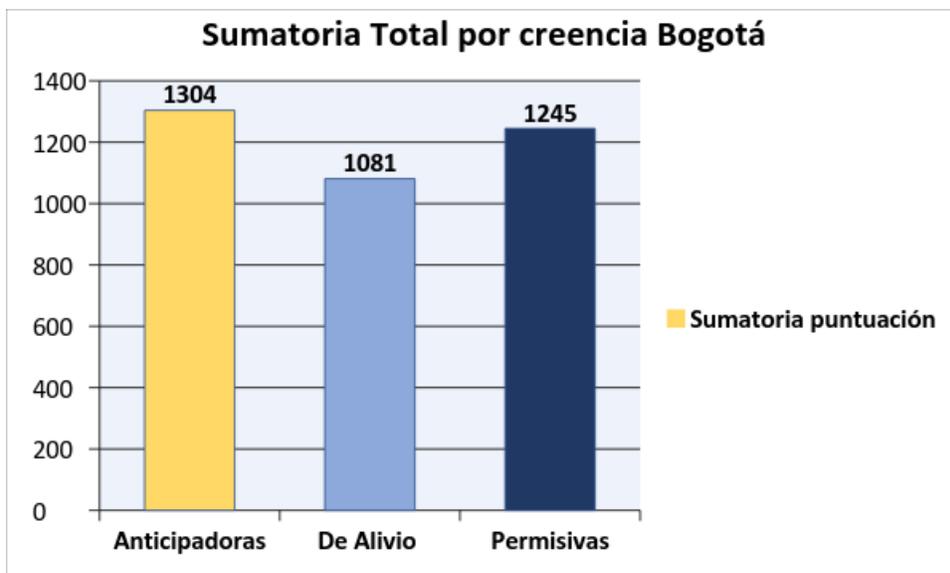
**Sumatoria de puntuaciones alcanzadas por los 50 sujetos de la ciudad de Barranquilla en cada creencia adictiva.**



A partir de las puntuaciones obtenidas por los sujetos evaluados en cada una de las creencias adictivas evaluadas a través del Inventario de Creencias adictivas y la posterior sumatoria de las mismas, puede inferirse que la puntuación más elevada corresponde a la creencia permisiva con una puntuación de 1101, siguiendo en orden descendente con las creencias de alivio con un 1020 y en última estancia las creencias anticipadoras con 954.

Creencias Adictivas	Sumatoria puntuación
Anticipadoras	1304
De Alivio	1081
Permisivas	1245

**Sumatoria de puntuaciones alcanzadas por los 50 sujetos de la ciudad de Bogotá en cada creencia adictiva.**



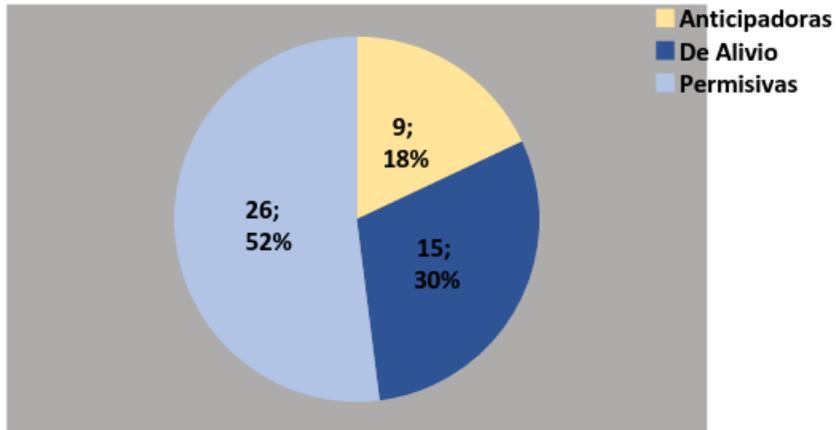
Por su parte, en la ciudad de Bogotá se tuvo que la puntuación más elevada corresponde a las creencias anticipadoras con un total de 1304, siguiendo en orden respectivo con las creencias de alivio con 1245 y finalmente las creencias de alivio con 1081.

Lo anterior indica que existen diferencias notorias entre ambos grupos poblacionales, de modo que mientras los sujetos de la ciudad de Barranquilla la creencia predominante es la de carácter permisivo, en los sujetos Bogotanos responde a la creencia anticipadora.

Creencias Adictivas	Cantidad	Porcentaje
Anticipadoras	9	18%
De Alivio	15	30%
Permisivas	26	52%

**Distribución de puntuaciones obtenidas por el grupo poblacional de la ciudad de Barranquilla en cada creencia.**

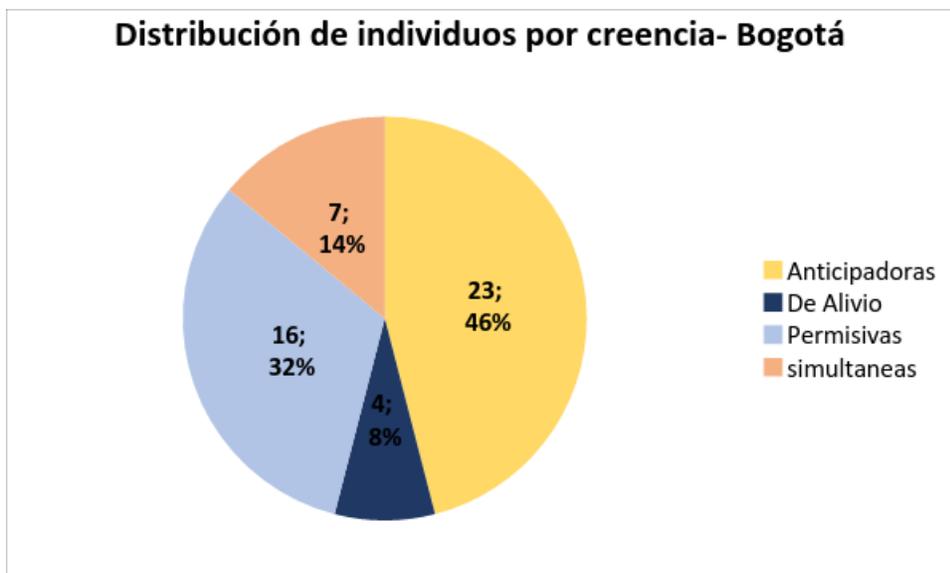
### Distribución de individuos por creencia- Barranquilla



En el grafico queda en evidencia que de los cincuenta sujetos evaluados en la ciudad de Barranquilla, veintiséis de ellos tienen creencias permisivas, lo que corresponde a un 52%, 15 tienen creencias de alivio que corresponde a un 30% y 9 creencias anticipadoras correspondiente a un 18%, para un total de 100%.

Creencias Adictivas	Cantidad	Porcentaje
Anticipadoras	23	46%
De Alivio	4	8%
Permisivas	16	32%
simultaneas	7	14%

**Distribución de puntuaciones obtenidas por el grupo poblacional de la ciudad de Bogotá en cada creencia.**



Atendiendo a la distribución porcentual de los sujetos Bogotanos respecto a las creencias adictivas, se tiene que de los 50 evaluados, en 23 hay prevalencia de creencias de alivio para un 46%, siguiendo en orden descendiente en individuos hay creencias permisivas, para un 32%, en 7 individuos hay presencia simultánea de todas las creencias en igual proporción o sin predominio de ninguna, para un 14% y finalmente, en 4 sujetos se hallan arraigadas las creencias de alivio, para un total del 8%.

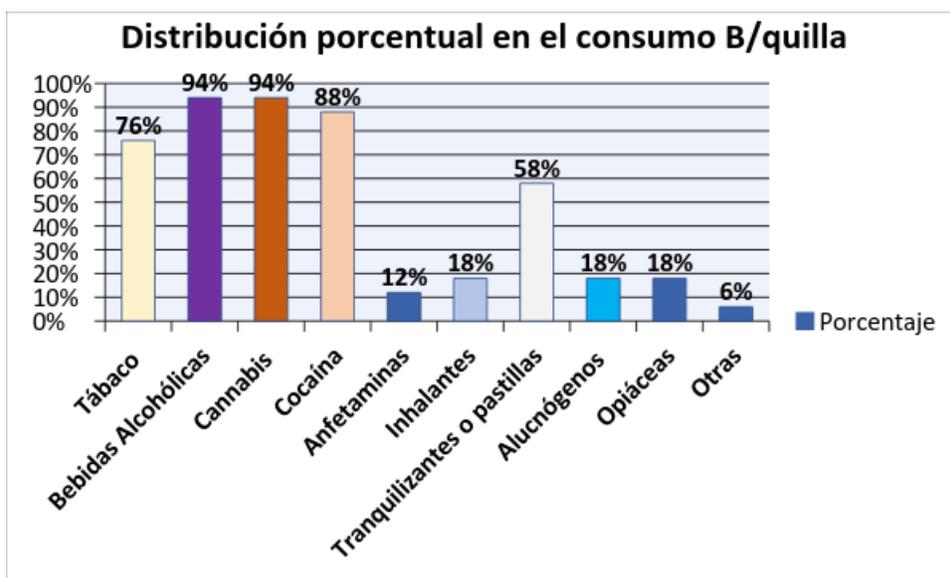
Lo anterior indica que se sostiene la prevalencia según la distribución de creencias permisivas en los sujetos de la ciudad de Barranquilla con un 52% y de creencias anticipadoras en los individuos de la ciudad de Bogotá con un 46%.

### **Cuestionario ASSIST**

<b>Drogas Consumidas</b>	<b>Cant. Sujetos</b>
Tábaco	38
Bebidas Alcohólicas	47
Cannabis	47
Cocaína	44
Anfetaminas	6
Inhalantes	9

Tranquilizantes o pastillas	29
Alucinógenos	9
Opiáceas	9
Otras	3

**Análisis y distribución de los 50 sujetos evaluados en la Ciudad de Barranquilla según el tipo de Droga consumida.**

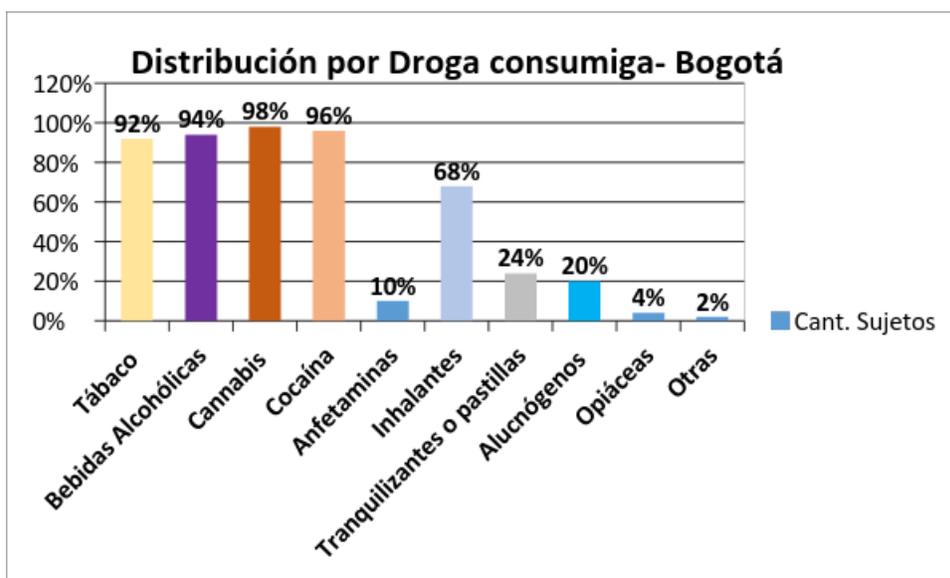


Al realizar un análisis estadístico del cuestionario ASSIST aplicado a los 50 sujetos de la ciudad de Barranquilla, tenemos que un 94% de la población consumía Cannabis y bebidas alcohólicas, 88% consumía cocaína, 76% era consumidor de tabaco, 58% de tranquilizantes o pastillas, 18% de alucinógenos, opiáceos e inhalantes y 6% otro tipo de drogas, siendo las drogas mayormente consumidas el alcohol y la Cannabis.

Drogas Consumidas	Cant. Sujetos
Tábaco	46
Bebidas Alcohólicas	47
Cannabis	49
Cocaína	48
Anfetaminas	5

Inhalantes	34
Tranquilizantes o pastillas	12
Alucnógenos	10
Opiáceas	2
Otras	1

**Análisis y distribución de los 50 sujetos evaluados en la Ciudad de Bogotá según el tipo de Droga consumida.**



Al realizar el mismo análisis en los sujetos evaluados de la ciudad de Bogotá tenemos que un 98% fue consumidor de Cannabis, 96% consumía cocaína, 94% bebidas alcohólicas, 92% tabaco, 68% inhalantes, 24% tranquilizantes o pastillas, 20% alucinógenos, 4% opiáceos y 2% otras, siendo las drogas mayormente consumidas, cannabis y cocaína y evidenciándose mayor índice de consumo, oscilando en mayores proporciones.

Drogas Consumidas	Creencia Anticipadora	Creencia de Alivio	Creencia Permisiva
Tabaco	0%	0%	100%
Bebidas Alcohólicas	0%	17%	83%
Cannabis	12.5%	0%	87.5%
Cocaína	16.6%	16.6%	66.6%

Anfetaminas	0%	0%	100%
Inhalantes	0%	0%	100%
Tranquilizantes o pastillas	11.1%	11.1%	77.7%
Alucinógenos	0%	0%	100%
Opiáceos	25%	25%	50%
Otras (MDA)	0%	100%	0%

### **Distribución y análisis del tipo de creencia preponderante según el tipo de Droga consumida en los sujetos evaluados de la ciudad de Barranquilla**

Se realizó un análisis estadístico para determinar el tipo de creencia preponderante atendiendo al tipo de droga consumida, encontrándose que en los consumidores de tabaco un 100% posee creencias permisivas, en quienes consumen bebidas alcohólicas, un 83% presenta creencias permisivas y un 17% creencias de alivio, para quienes consumen cannabis un 87.5% tiene creencias de contenido permisivo y un 12.5% creencias anticipadoras, en los consumidores de cocaína, un 66.6% tiene creencias permisivas, 16.6% creencia de alivio e igualmente un 16.6% creencias anticipadoras, en cuanto a las anfetaminas el 100% tiene creencias permisivas, de igual forma en los inhalantes; para los consumidores de tranquilizantes o pastillas, el 77.7% tiene creencias permisivas, el 11.1% tiene creencias de alivio y el otro 11.1% tiene creencias anticipadoras.

Para los alucinógenos el 100% presenta creencias permisivas, en los opiáceos 50% presenta creencias de contenido permisivo, 25% de alivio y 25% anticipadoras y finalmente en los consumidores de otras (que en este caso se refiere al MDA) el contenido de sus creencias responde a 100% De alivio.

<b>Drogas Consumidas</b>	<b>Creencia Anticipadora</b>	<b>Creencia de Alivio</b>	<b>Creencia Permisiva</b>	<b>Simultáneas</b>
Tabaco	43.75%	8.33%	33.33%	14.58%

Bebidas Alcohólicas	43.75%	8.33%	33.33%	14.58%
Cannabis	46%	8%	32%	14%
Cocaína	46.9%	6.1%	32.6%	14.2%
Anfetaminas	100%	0%	0%	0%
Inhalantes	42.8%	8.5%	34.2%	14.2%
Tranquilizantes o pastillas	53.8%	7.6%	23%	15.3%
Alucinógenos	36.3%	18.1%	36.3%	9%
Opiáceos	50%	50%	0%	0%
Otras	100%	0%	0%	0%

### **Distribución y análisis del tipo de creencia preponderante según el tipo de Droga consumida en los sujetos evaluados de la ciudad de Bogotá**

Para los habitantes de la Ciudad de Bogotá, se realizó de igual modo, un análisis estadístico para determinar el tipo de creencia preponderante atendiendo al tipo de droga consumida, encontrándose que en los consumidores de tabaco el 43.75% tiene creencias anticipadoras, el 33.33% presenta creencias permisivas, el 14.58% presentan simultaneidad en el patrón de creencias y un 8.33% presenta creencias de alivio; en quienes consumen bebidas alcohólicas, el 43.75% tiene creencias anticipadoras, el 33.33% presenta creencias permisivas, el 14.58% presentan simultaneidad en el patrón de creencias y un 8.33% presenta creencias de alivio.

Para quienes consumen cannabis, EL 46% tiene creencias anticipadoras, el 32% presenta creencias permisivas, el 14% simultaneidad en patrón de creencias y el 8% creencias de alivio; en los consumidores de cocaína, un 46.9% presenta creencias anticipadoras, 32.6% creencias permisivas, 14.2% creencias simultaneas y 6.1% creencias de alivio.

En cuanto a las anfetaminas, el 100% presenta En cuanto a las anfetaminas, el 100% presenta creencias anticipadoras; en lo respondiente a los inhalantes el 42.8% presenta creencias anticipadoras, el 34.2% tiene creencias permisivas, el 14.2% creencias simultaneas y el 8.5% creencias de alivio; para los consumidores de tranquilizantes o pastillas, el 53.8% presenta creencias anticipadoras, el 23% creencias permisivas, 15.3% creencias simultaneas y 7.6% creencias de alivio.

Para los alucinógenos, un 36.3% presenta creencias anticipadoras, otro 36.3% creencias permisivas, 18.1% creencias permisivas y 9% creencias simultaneas. En los opiáceos 50% presenta creencias de contenido anticipador y otro 50% creencias de alivio y finalmente en los consumidoresde otras el contenido de sus creencias responde a un 100% en creencias Anticipadoras.

## **7. Discusión.**

Tras realizarse un análisis de las puntuaciones obtenidas por los sujetos evaluados en cada una de las creencias adictivas a través del Inventario de Creencias adictivas y la posterior sumatoria de las mismas, tanto en Barranquilla como en Bogotá, respectivamente, se tiene que mientras en la ciudad de Barranquilla la creencia mayormente asociada al consumo es la permisiva con una puntuación de 1101, en la ciudad de Bogotá la puntuación más elevada corresponde a las creencias anticipadoras con un total de 1304, lo que es posible asociar a que en cada ciudad prevalece el consumo de una sustancia por lo que mientras en la ciudad de Barranquilla las drogas mayormente consumidas son el alcohol y la Cannabis con un 94%, en la ciudad de Bogotá son Cannabis con un 98%, cocaína en un 96%, bebidas alcohólicas y tabaco, con un 94 y 92%, respectivamente.

De este modo, el presente estudio permite pensar en la existencia de relaciones causales entre los factores contextuales y/o socioculturales y el tipo de droga, de modo que mientras en la ciudad de Bogotá en la que prevalecen condiciones climáticas por debajo de los 15° C y características de personalidad tendientes a la inhibición y ensimismamiento en sus habitantes se presenta un alto consumo de Drogas estimulantes, en la ciudad de Barranquilla en la que prevalece un clima cálido a temperaturas por encima de los 32° C y cuyos residentes presentan rasgos mayormente impulsivos y tendientes a la extroversión se consumen drogas depresoras.

Lo anterior podría explicarse partiendo de la hipótesis de la automedicación que plantea la existencia de una serie de factores neurobiológicos a nivel del sistema nervioso central, que serían los que determinarían el fenómeno adictivo en una parte sustancial de los individuos que entran en contacto con estas sustancias e inician un proceso de dependencia. Todo parece indicar que además de los factores relacionados con el efecto intrínseco de las drogas y la influencia del medio sociofamiliar, existen un gran número de factores personales que mediatizan el efecto adictivo de estas sustancias.

La neurociencia propone que las dependencias de sustancias psicótropas pueden ser explicadas como una predisposición, una vulnerabilidad o un trastorno psico-orgánico, que sufren los pacientes que las padecen, de modo que los trastornos por dependencia de drogas son el resultado de la existencia de una alteración biológica, de origen genético o adquirido, que forzaría al adicto a consumir estas sustancias como un proceso de autotratamiento de la enfermedad que padece. Al intentar paliar con drogas los trastornos provocados por su enfermedad desarrollarían conductas de dependencia.

Así, se postula que algunas personas podrían tener una especie de predisposición neurobiológica al desarrollo de trastornos mentales. Esta predisposición puede manifestarse en trastornos posteriormente, por ejemplo en depresión, trastorno de estrés postraumático y trastornos de ansiedad entre otros. Sin embargo no en todos los que tienen esta predisposición, se expresa en un trastorno mental como tal. Algunos de ellos solo llegan hasta el punto de tener rasgos disfuncionales de personalidad como la impulsividad, la falta de percepción del riesgo, la necesidad de aprobación, las dificultades para formar relaciones de intimidad, el resentimiento y la suspicacia en todas sus relaciones.

Lo anterior permite indicar como muchos consumidores se automedican, de modo que los ansiosos, consumen depresores y tiene facilidad para volverse dependientes de estos, los de predominio inatento consumen cocaína y de este modo mejoran su sensación de autocontrol y autoeficacia. Los pacientes con rasgos sociopáticos consumen benzodiazepinas que disminuyen su angustia y les ayudan a olvidar situaciones desagradables relacionadas con lo que hacen (Casas, 2007).

Los esquizofrénicos consumen tabaco (cigarrillo) para disminuir sus síntomas negativos, esto es, la anhedonia, abulia, alogia y el aplanamiento afectivo. La nicotina serviría además para contrarrestar los efectos molestos de los antipsicóticos, con los cuales son tratados, consumirían marihuana para disminuir los problemas de sueño y para disminuir la aburrición e interactuar más fácilmente. Los pacientes con ansiedad social, (fobia social) tienden a consumir depresores como alcohol y benzodiazepinas para interactuar con más fluidez en los ambientes de alto contacto social. También en los otros trastornos de ansiedad, ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico y

estrés postraumático se incrementa la posibilidad de desarrollar adicción a depresores como el alcohol y las benzodiacepinas (Casas 2000).

Finalmente se hace posible anotar que el sistema de creencias no está ligado al tipo de droga consumida sino que varía atendiendo a los factores biopsicosociales y a la historia de vida de cada sujeto desde su individualidad, aunque pudieron hallarse patrones comunes según la región en la que habitan, dichos patrones difieren entre una región y otra, lo que puede ilustrarse mediante la distribución encontrada en cada ciudad, respectivamente, de modo que mientras en Barranquilla en el consumo de tabaco un 100% posee creencias permisivas, en Bogotá 43.75% tiene creencias anticipadoras, el 33.33% presenta creencias permisivas, el 14.58% presentan simultaneidad en el patrón de creencias y un 8.33% presenta creencias de alivio, en quienes consumen bebidas alcohólicas, en Barranquilla un 83% presenta creencias permisivas y un 17% creencias de alivio mientras que en Bogotá el 43.75% tiene creencias anticipadoras, el 33.33% presenta creencias permisivas, el 14.58% presentan simultaneidad en el patrón de creencias y un 8.33% presenta creencias de alivio.

Para quienes consumen cannabis un 87.5% tiene creencias de contenido permisivo y un 12.5% creencias anticipadoras en la ciudad de Barranquilla mientras que 46% tiene creencias anticipadoras, el 32% presenta creencias permisivas, el 14% simultaneidad en patrón de creencias y el 8% creencias de alivio. Para los alucinógenos el 100% presenta creencias permisivas en Barranquilla y en Bogotá un 36.3% presenta creencias anticipadoras, otro 36.3% creencias permisivas, 18.1% creencias... y 9% creencias simultaneas. Lo anterior, permite vislumbrar a inexistencia de correlaciones entre las variables de creencia y tipo de droga.

## **8. Conclusiones**

Tanto en la Ciudad de Barrquilla como en la ciudad de Bogotá prevalece el consumo de sustancias diferentes.

El presente estudio permite pensar en la existencia de relaciones causales entre los factores contextuales y los rasgos de personalidad de los habitantes de cada ciudad (Barrquilla y Bogotá) y el tipo de droga de elección.

Lo anterior podría explicarse partiendo de la hipótesis de la automedicación, de modo que los trastornos por dependencia de drogas son el resultado de la existencia de una alteración biológica, de origen genético o adquirido, que forzaría al adicto a consumir estas sustancias como un proceso de autotratamiento de la enfermedad que padece. Al intentar paliar con drogas los trastornos provocados por su enfermedad desarrollarían conductas de dependencia.

El sistema de creencias no está ligado al tipo de droga consumida sino que varía atendiendo a los factores biopsicosociales y a la historia de vida de cada sujeto desde su individualidad.

## Referencias

- Arbex Sánchez, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumos de drogas*. Madrid.
- Beck, A.T. (1976) *Cognitive therapy of emotional disorders*. International University Press. NY
- Beck, A.T. (1984) *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Raven Press. NY.
- Beck, j. S. (1995). *Terapia cognitiva Conceptos Basicos y profundizacion*. Gedisa,SA.
- Beck, A.; Wright, F.; Newman, C. & Liese, B. (1999) *Terapia cognitiva de las drogadependencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Beck, J.S. (2000) *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Ed. Gedisa. Barcelona
- Casas, Miguel (2007). *Hipótesis de la automedicación en drogodependencias*. Barcelona. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/85/46/77/85467734694298250241267432786022980267>
- Cortés, M.T.; Espejo, B.; Giménez, J.A.; Luque, L.; Gómez, R.; Motos, P. Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions / Salud y Drogas* 2011, Vol. 11, nº 2, pp. 179-202. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/259581633\\_creencias\\_asociadas\\_al\\_consumo\\_intensivo\\_de\\_alcohol\\_entre\\_adolescentes](https://www.researchgate.net/publication/259581633_creencias_asociadas_al_consumo_intensivo_de_alcohol_entre_adolescentes)
- DG., O. s. (2010). *Consumo de drogas en Colombia características y tendencias*. Bogotá DC: Guadalupe S.A.
- Giraldo, A. M. (2016). *Conceptos básicos en drogodependencias*. Bogotá.
- Gómez, R.A.; Bustos, J.A.; Krainbül W.C.; Martín M.L.; Tuttolomondo, M. B. y Múrua, V.S. (2007). *Estudio descriptivo acerca de las creencias farmacológicas sobre los efectos de las drogas en sujetos consumidores y no consumidores de sustancias*. Memorias del I Congreso de Psicología de la Facultad de Psicología. UNC. Córdoba. Argentina
- Gómez, Raúl Ángel (2008). *Abuso y consumo de drogas. Creencias y vulnerabilidad*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <<http://www.aacademica.org/000-032/181.pdf>>..
- Lado, G. C. y Grondona, J. (2011). *Creencias asociadas al consumo en pacientes adictos del hospital general de agudos Teodoro Álvarez*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <<http://www.aacademica.org/000-052/169.pdf>>.

- Martínez, J. M., Verdejo A. (2010). *Creencias adictivas y craving*. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122829006.pdf>.
- Martínez, J. M., Verdejo A., y Becoña E. (2012). Estudio exploratorio del impacto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en el consumo tras la abstinencia. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. España. *Rev. Trastornos Adictivos*. Págs. 105- 111. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097312700533>.
- Martínez, J. M., Verdejo A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en farmacodependientes con y sin trastornos de la personalidad. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. *Adicciones revista versión online* vol 24, num 3. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/94>
- Martinez I, Restrepo M., Cerra C. Parra M, Medina V, Paez A. Categorías de creencias adictivas en un programa de rehabilitación en farmacodependencia. Hospital Universitario ESE Cari Barranquilla. *Revista Española de Drogodependencias* vol 36. recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n2\\_4.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n2_4.pdf)
- Murillo Castro, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Revista electronica enfermeria actual en costa rica*. Rev Electronica Edic. N°24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44826081006.pdf>
- Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)
- Perez, A. (1994). Sustancias Psicoactivas historia del consumo en Colombia. En A. P. Gomez, *Sustancias Psicoactivas historia del consumo en Colombia. Presencia*.
- Polo Martínez, I., Restrepo Atuesta, M. F., Cerra Betancour, C., Parra Santander, M., Medina Feris, V., & Paez Giron, A. (2010). *Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia*. Barranquilla.
- Rodríguez Chacón, A. (2013). *Prevención del uso y abuso de drogas: conceptos básicos*. Lima.
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición. México: Mc Graw Hill.

Scoppetta, o. (2010). *Consumo de drogas en Colombia características y tendencias*. Bogotá DC: Guadalupe S.A.

Toxicoman, O. E. (2009). *Policonsumo de drogas: patrones y respuestas*.

Trujillo, H. M. Y Vargas, C. (2012). *Relaciones asociativas entre las creencias acerca del uso social de las drogas y el consumo en estudiantes jóvenes*. Universidad de Granada, España. Campus Universitario de Cartuja s. n. 18071. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 12 No. 3 PP. 875-885. Disponible en: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/1971/5808>>

## 9 ANEXOS

### CREENCIAS A CERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

(Beck, et. al.; 1999)

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_  
 Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones:

A continuación se relaciona una serie de creencias habituales respecto al consumo de drogas. Por favor, lee cada frase y evalúa en qué medida estás de acuerdo con lo que dice

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Totalment e en desacuerd o	Muy en desacuerd o	Ligerament e en desacuerdo	Neutral.	Ligerament e de acuerdo	Muy de acuerdo.	Totalment e de acuerdo.

	1. La vida sin tomar drogas es aburrida
	2. Tomar drogas es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad
	3. No puedo funcionar sin ellas
	4. Es la única forma de afrontar el dolor de mi vida
	5. No estoy preparado para dejar de tomar drogas.
	6. Los craving y los impulsos hacen que tome drogas
	7. Mi vida no mejorará, incluso aunque deje de tomar drogas.
	8. La única forma de manejar mi ira es usando drogas.
	9. La vida sería deprimente si dejara las drogas.
	10. No merezco recuperarme de las drogas.
	11. No soy una persona suficientemente fuerte como para dejarlo.
	12. No podría ser social sin tomar drogas.
	13. El abuso de sustancias no resulta un problema para mí.
	14. Los craving y los impulsos no desaparecerán a menos a menos que tome drogas
	15. Mi abuso de sustancias lo provoca otra persona (p. ej., mi esposa, novio o novia, o un miembro de la familia).
	16. Si alguien tiene un problema con las drogas, eso es algo completamente genético.
	17. No me puedo relajar sin las drogas.
	18. Tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona.

	<b>19.</b> No puedo controlar mi ansiedad sin tomar drogas.
	<b>20.</b> No puedo divertirme en esta vida a menos que tome drogas.