



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

I Z T A C A L A

“Psicología Clínica de la Salud: Revisión teórica sobre las nuevas adicciones en adolescentes”

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Janeth Ramírez Vega

DIRECTORA: Mtra. María Cristina Bravo González

DICTAMINADORES: Lic. Mayra Alejandra Mora Miranda

Lic. José Esteban Vaquero Cázares



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los seres más importantes de mi vida:

A la mujer más noble y de gran corazón... Mamá gracias por tu inmenso amor, tu apoyo y tu compañía en todos esos momentos importantes de mi vida, por ayudarme e impulsarme siempre a alcanzar mis sueños. Gracias por con tu ejemplo me enseñaste a ser valiente y a enfrentar la vida con entereza, pero sobre todo te agradezco cada uno de los esfuerzos realizados a nombre de nuestra familia.

A un gran hombre, mi mejor guía... Papá agradezco tu amor incondicional y el que me enseñaras a valorar cada momento de la vida, gracias por haberme compartido todo lo que sabes e impulsarme a aprender cada día más, sin olvidar cada uno de tus sacrificios brindados a esta familia. Especialmente agradezco tu apoyo y el que me hayas dado la libertad de elegir mi camino, pero sobre todo te agradezco infinitamente por haberme levantado y cuidado aquellas veces que he caído.

Gracias por ser los mejores padres y amigos, por haberme enseñado valores tan nobles como el amor, la lealtad y el respeto. Por ser siempre mi mayor sostén, porque gracias a ustedes he llegado hasta aquí, es por eso que les dedico y les dedicare siempre cada uno de mis logros... Los amo inmensamente.

A mis hermanos:

Gracias por estar en todos los eventos importantes en mi vida, pero sobre todo gracias por protegerme siempre. Sé que somos muy diferentes, pero a pesar de eso es bello saber que nos amamos enormemente. Quiero que sepan que siempre estaremos juntos y apoyándonos, un día no muy lejano celebraremos juntos cada uno de los logros que vayan realizando. Los amo... nunca los olviden.

A mis abuelitos:

Gracias a ellos comenzó mi historia, porque al ser unas personas dedicadas lograron conseguir vidas maravillosas, llenas de éxitos, alegrías, sacrificios y tristezas que enfrentaron con valentía, pero sobre todo por amor a su familia. Gracias amarme y por haberme dado el regalo más grande de mi vida, gracias por enseñar a mis padres a ser esos seres tan maravillosos que son.

A Cristina Bravo:

Agradezco que me hayas apoyado y guiado en la elaboración de este trabajo, me siento sumamente orgullosa de que hayas aceptado asesorarme. Eres una gran profesora, pero sobre todo eres una gran persona porque impulsas y guías a tus alumnos a querer aprender más a no conformarse y buscar su éxito profesional. Gracias por compartir tus conocimientos conmigo y por haberme enseñado a amar aun más mi profesión.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	6
--------------------	---

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. Definición de la psicología de la salud	11
1.2. Surgimiento de la psicología de la salud.....	13
1.3. Modelos en la psicología de la salud	15
1.4. Funciones profesionales del psicólogo de la salud.....	23

CAPÍTULO 2. ADOLESCENCIA

2.1. Características de la adolescencia.....	29
2.1.1 Características biológicas	30
2.1.2 Características cognitivas	31
2.1.3 Características sociales	32
2.1.4 Características sexuales.....	34
2.2. Salud en la adolescencia	36
2.3. Entorno social en la adolescencia.....	39
2.4. Riesgos en la adolescencia.....	41

CAPÍTULO 3. CARACTERIZACIÓN DE LAS ADICCIONES EN LA ADOLESCENCIA

3.1. Definición de adicción/comportamientos adictivos	46
3.1.1 Proceso de la adicción.....	49
3.2. Población vulnerable.....	51
3.3. Factores de riesgo	53
3.4. Tipos de adicciones más frecuentes	56
3.4.1 Adicción a las sustancias.....	57
3.4.1.1. Alcohol	57

3.4.1.2. Tabaco.....	60
3.4.1.3. Drogas ilícitas	63
3.4.1.4. Sustancias volátiles	72
3.4.2 Adicciones conductuales	78
3.4.2.1. Sexo.....	79
3.4.2.2. Juego patológico.....	82
3.4.2.3. Compras	85
3.4.2.4. Perfección del cuerpo...¿Dependencias?.....	88
CAPÍTULO 4. ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS	
4.1. Las nuevas tecnologías	92
4.2. Internet.....	95
4.3. Cibersexo	99
4.4. Videojuegos	101
4.5. Teléfono celular.....	107
4.6. Redes sociales.....	110
CONCLUSIONES.....	116
BIBLIOGRAFÍA	120

RESUMEN

Las adicciones son un tema de suma importancia, ya que perjudican cada uno de los ámbitos de desarrollo de quienes las padecen, siendo consideradas como un problema de salud grave, el cual no se ha abordado adecuadamente, ya que en los últimos años se han generado una cantidad considerable de demandas de tratamiento, solicitadas tanto por los adictos como por familiares.

Desde hace mucho tiempo la ciencia se ha interesado por las adicciones en los seres humanos, tal es el caso de la medicina, fisiología, sociología, genética, psiquiatría, psicología, entre otras; sin embargo, no se ha podido resolver satisfactoriamente dicha problemática. En general las adicciones no distinguen edad, género ni raza, pero es la población adolescente la que se encuentra más vulnerable, ya que durante su desarrollo atraviesa por cambios físicos, biológicos, psicológicos, sociales, cognitivos y sexuales, los cuales les generarán una serie de conflictos, que en su mayoría serán resueltos sin mayor problema, sin embargo, existirán otros que los pongan en riesgo.

Las adicciones pueden ser categorizadas en: conductuales o sustancias, dentro de las cuales se encuentran un sinnúmero de sustancias químicas y conductas, sin embargo dentro de este trabajo solo se han considerado aquellas con las que más se relacionan los jóvenes, como la marihuana, el alcohol, el tabaco, drogas ilícitas, sustancias volátiles; y conductas como el sexo, el juego patológico, las compras, entre otras.

Dentro de las adicciones conductuales se encuentran las relacionadas con las Tecnologías de la Información y la Comunicación, que más allá de un beneficio se ha convertido en una limitante para aquellos que la viven como adicción. Cada una de las adicciones trae consecuencias negativas tanto para las personas que las padecen como para sus familiares. Por lo que el presente trabajo pretende brindar información para aquellos interesados en el tema, tanto del área científica, como padres y educadores.

Palabras clave: Psicología de la salud, adolescencia, dependencia, tolerancia, abstinencia, adicción a sustancias, adicciones conductuales, TIC'S.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia diferentes áreas de estudio se han interesado en las adicciones de los seres humanos, tal es el caso de la medicina, fisiología, sociología, genética, la psicología, entre otras; dicho tema se ha abordado desde múltiples enfoques, sin embargo, aún no se ha logrado erradicar el problema, al contrario solo ha crecido en magnitud.

Las adicciones no distinguen edad, género ni raza, sin embargo los adolescentes parecen ser un grupo vulnerable, debido a que durante dicha etapa los jóvenes atraviesan por cambios drásticos que también generarán conflictos personales. En dichas adicciones también deben ser consideradas las nuevas adicciones que junto con la nueva era: “la era de la tecnología” llegaron para quedarse, ya que en los últimos años han influido de forma significativa en los seres humanos.

Por lo que a lo largo de la investigación se abordaran los temas relacionados con las nuevas adicciones como lo es la psicología de la salud, la cual considera al comportamiento como decisivo para mantener o perder la salud. También se indagará acerca del grupo de interés, es decir los adolescentes, su entorno social y los riesgos que corren como grupo vulnerable. Además de que se revisarán las adicciones más comunes o usuales, aquellas de las que la mayoría de las personas tiene conocimiento de su existencia, para concluir con las nuevas adicciones, las cuales no son muy conocidas, pues muchas personas ni se imaginarían que el uso excesivo del celular o algunos sonidos son considerados en la actualidad como adicciones.

La Psicología de la Salud es un área relativamente joven al comenzar a despegar por los años sesentas del siglo pasado, creciendo con rapidez durante las décadas de los ochentas y noventas. Surgió a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, con la ayuda de médicos, psiquiatras y psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas, tales como la clínica, social, experimental, fisiológica, etc. En 1978 la Asociación Psicológica Americana crea la *Health Psychology*, la división de la psicología de la salud.

Apenas al siguiente año de su creación publicó el primer manual *Health Psychology. A handbook*. En 1982, tres años más tarde la revista *Health Psychology* comenzó a publicarse como la revista oficial de la división (Oblitas, 2004). Aunque en sus inicios la psicología de la salud contaba con muy pocos colaboradores, se consideraba que esta área podría ayudar a mejorar la salud y prevenir la enfermedad en un futuro. Partiendo de la antigua idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud, o bien, para generar la enfermedad.

La psicología de la salud es definida por Matarazzo (2004 en Oblitas, p. 15) como “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud”, dicha definición fue considerada por largo tiempo como la oficial.

La APA (2012) define a la psicología de la salud como la rama de la psicología que centra su interés en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. La Asociación reconoce una serie de contribuciones por parte de esta área a la mejora de la salud, como la prevención y el tratamiento de la enfermedad, identificación de factores de riesgo para la salud, mejora del sistema sanitario, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y modificación de los factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica; contando también con un campo interdisciplinario el cual se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.

Este campo también ha definido como el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad (Shelley, 2007). Definición que ha sido ampliamente aceptada y reconocida oficialmente por la división 38 de la APA.

Marks (2008) menciona que la psicología de la salud se encarga de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para el cuidado de la salud y prevención de la enfermedad tanto de los individuos, como de las comunidades y poblaciones. Enfocándose principalmente en las conductas de los individuos, debido a que la investigación epidemiológica apunta que en las sociedades occidentales las principales causas de muerte son conductuales.

Específicamente en México el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (SS, 2007) menciona que desde hace décadas, han observado un cambio en la forma de enfermar y morir de los mexicanos, según sus resultados predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones, aumentando de forma significativa los riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. Lo que significa que muchas muertes pueden evitarse potencialmente si se interviene de forma efectiva.

Dentro de los estilos de vida poco saludables sobresaltan la mala nutrición, el consumo de sustancias adictivas, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, el sedentarismo y prácticas sexuales inseguras. En donde la mayoría de dichos estilos de vida son adquiridos durante la adolescencia, debido a que es una etapa decisiva donde se adquieren y consolidan algunas tendencias comportamentales provenientes de sus entornos de influencia.

La adolescencia se caracteriza por cambios drásticos en el desarrollo emocional, social, físico y mental, los cuales generan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda de su identidad. Por lo cual, los adolescentes se ven vulnerables, moldeables y susceptibles a influencias de los modelos sociales y entornos que los rodean.

En la búsqueda por su identidad los adolescentes comienzan a sentir un interés por todo lo nuevo y desconocido para ellos hasta ese momento, comienzan a cuestionar a sus padres, en general a todo aquello que los rodea. Durante esta etapa los adolescentes buscan conocer el mundo lejos de la supervisión de sus padres (Perinat, Corral, Crespo, Doménech, Font-Mayolas, Lalueza, Larraburo, Martínez, Moncada, Raguz, y Rodríguez-Tomé, 2003). Además de que se sienten motivados por pertenecer a un grupo social, el cual

facilitará las primeras experiencias novedosas, con las cuales adquirirán conductas que pudieran suponer alguna amenaza para el bienestar físico y mental del individuo, las cuales atraen consecuencias negativas para la salud y el desarrollo del mismo.

Durante la adolescencia, en su búsqueda de nuevas experiencias los jóvenes sentirán por primera vez una impulsividad desconocida, la cual lo llevará a menospreciar el riesgo y a querer probarlo todo por sí mismo. Cabe mencionar que los adolescentes no se conformarán solo con las nuevas experiencias sino que sumarán a su búsqueda las sensaciones fuertes, y así satisfacer su necesidad de novedad o aventura (Cornellá, 2009).

La búsqueda de las sensaciones fuertes serán justificadas por la necesidad de experiencias nuevas, sin embargo el gusto por dichas sensaciones llevarán a los adolescentes no solo a estilos de vida poco saludables sino hacia el camino de las adicciones (Goldstein, 1995). Aunque esto dependerá de la capacidad del adolescente para controlar o moderar su conducta.

Cuando se habla de adicción en adolescentes inmediatamente se piensa en sustancias como la marihuana y el éxtasis, inhalantes, solventes, tabaco y alcohol, las cuales durante años han ocupado los primeros lugares de preocupaciones en las sociedades desarrolladas. Sin embargo, no son las únicas adicciones que existen y de las que los jóvenes pueden ser presos.

Según González (2005) la sociedad posmoderna abundan las adicciones: no sólo las ya conocidas adicciones a sustancias legales e ilegales, sino además las “nuevas adicciones”, que son representadas en su mayoría por conductas que siempre han sido consideradas como normales y propias de la condición humana. Son las llamadas adicciones sin drogas o conductuales, que no son aprobadas por el entorno del individuo y que tienen efectos nocivos sobre sí mismo y sobre los demás.

En los últimos años han empezado a aparecer las primeras demandas de tratamiento por parte de afectados o familiares relacionadas con las adicciones conductuales, entre las cuales se encuentran las relacionadas con

las nuevas tecnologías, debido a su falta de control sobre el uso de la tecnología y las consecuencias que estas conductas sin control producen en el entorno más próximo o en la persona misma. Algunos efectos son el aislamiento social, la incomunicación familiar, problemas económicos, abandonar actividades que antes resultaban gratificantes para la persona (Vega, 2009).

Las nuevas adicciones, es decir las adicciones tecnológicas se encuentran dentro de las adicciones conductuales, las cuales traen consecuencias negativas para el individuo, como lo es el autocontrol, reflejada en la incapacidad o impotencia de controlar una actividad repetitiva que se considera como nociva (Souza, 2010). Al inicio el individuo experimentará una fuerte sensación de bienestar y placer, calmando el dolor, la ansiedad u otros estados emocionales negativos, sin embargo dicha sensación solo es transitoria por lo que el individuo buscará repetir la actividad, la cual se hará adictiva. Lo que destaca a las nuevas adicciones es el uso de la tecnología, que mas allá de un beneficio o una aportación evolutiva se ha convertido en una limitante para aquellos que la viven como adicción.

Dicho lo anterior, cabe mencionar que la presente revisión teórica sobre las nuevas adicciones, pretende brindar información que motive el estudio del tema tanto del área científica, como padres y educadores. Este trabajo se encuentra dividido en cuatro capítulos; en el primero se abordará el área de la psicología de la salud; en el segundo se tratarán las principales características, riesgos y salud en los adolescentes; el tercer capítulo se definirá el termino de adicción, además de que se revisan las principales adicciones; para finalizar en el capítulo cuatro se abordarán los nuevos tipos de adicciones relacionadas con la tecnología.

1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. Definición de la psicología de la salud

La psicología de la salud es una rama de la psicología, la cual estudia y analiza los comportamientos y estilos de vida individuales que afectan la salud de las personas. De forma general, la psicología de la salud contribuye en la mejora de la salud mediante la prevención, identificación y modificación de las condiciones que la afectan y en el tratamiento de las enfermedades.

La psicología de la salud según Marks (2008) se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para el cuidado de la salud y prevención de la enfermedad tanto de los individuos, como de las comunidades y poblaciones. Se enfoca principalmente en las conductas de los individuos, ya que la investigación epidemiológica sugiere que en las sociedades occidentales las principales causas de muerte son conductuales.

Carrobles (1993, en Buena-Casal, Caballo y Sierra, 1996) define la Psicología de la Salud como un campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir su ocurrencia o de tratar de rehabilitar a las personas que ya lo estén padeciendo, utilizando para esto la metodología, los principios y conocimientos de la psicología científica, basados en la idea de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la enfermedad y problemas humanos de salud existentes en la actualidad.

Dentro de sus diversas definiciones, la psicología de la salud no solo está vinculada con la que parece ser su madre la psicología, sino que también ha sido relacionada con las ciencias de la conducta, pues según Reynoso y Seligson (2005) la psicología de la salud es definida como un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta, el cual es de suma importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, es decir, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Una de las definiciones más relevantes ha sido la de Matarazzo (2004, en Oblitas, p. 15) quien define la psicología de la salud como “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud”. Definición que por muchos años fue considerada como oficial.

La psicología de la salud es definida por la APA (2012) como la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. La Asociación menciona una serie de contribuciones de esta área a la mejora de la salud, como la prevención y el tratamiento de la enfermedad, identificación de factores de riesgo para la salud, mejora del sistema sanitario, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y modificación de los factores de comportamiento implicados en la rehabilitación fisiológica y psicológica; así como un campo interdisciplinario que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.

También se ha definido a este campo como el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad (Shelley, 2007). Dicha definición ha sido ampliamente aceptada y es reconocida oficialmente por la división 38 de la APA.

Como se puede observar, la psicología de salud de forma general es considerada como una especialización de la psicología, la cual incluye dentro de su estudio conocimientos procedentes de las ciencias médicas, biomédicas, sociales y conductuales como lo es la psicología clínica, entre muchas otras, por lo que cabe resaltar que la psicología de la salud es una ciencia multidisciplinaria.

1.2. Surgimiento de la psicología de la salud

La Psicología de la Salud es un área del siglo pasado, relativamente joven al comenzar a despegar por los años sesentas del siglo pasado, creciendo con rapidez durante las décadas de los ochentas y noventas. Surgió a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, con el apoyo de médicos, psiquiatras y psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas, como la clínica, social, experimental, fisiológica, etc., además de contar con el soporte de ciencias como la medicina, las sociales, entre otras.

Se puede encontrar los orígenes de la psicología de la salud a comienzos del siglo XX, cuando en 1911, la Asociación Psicológica Americana (APA), reunió a un grupo de especialistas con el objetivo de analizar el papel de la psicología en la educación médica. A partir de lo cual se acordó que los estudiantes de medicina deberían contar con conocimientos en psicología, por lo cual estos deberían formar parte de su plan de estudios. Sin embargo, dicha recomendación fue ignorada. En 1928 y 1950 la APA retomó el tema, aun así los colegios médicos realizaron muy pocos cambios (Brannon y Feist, 2001).

Algunos de esos cambios surgieron en el transcurso de los años 40, en donde la medicina incorporó en sus estudios factores psicológicos en relación con la enfermedad, pero este aprendizaje era impartido habitualmente por médicos, lo cual se veía limitado a la especialidad médica de la psiquiatría. Antes de 1950, solo un pequeño grupo de psicólogos trabajaban regularmente en los centros educativos de medicina, dentro de los cuales se les limitaba ocupándolos en la enseñanza.

En 1973 la psicología de la salud recibió su primer empuje como área identificable, cuando el Gabinete de Asuntos Científicos de la APA realizó una convocatoria para analizar el potencial del papel de la psicología en la investigación sanitaria (Oblitas, 2004). Tres años más tarde, se informó que existían muy pocos psicólogos implicados en la investigación sanitaria y que, al mismo tiempo, aquellas investigaciones que estaban dirigidas por psicólogos en el área de la salud generalmente no eran presentadas en las publicaciones sobre psicología. Sin embargo, a pesar de los resultados se veían

posibilidades para ayudar a mejorar la salud y prevenir la enfermedad en un futuro.

La APA crea en 1978, la *Health Psychology*, la división de la psicología de la salud. Apenas al siguiente año de su creación publicó el primer manual *Health Psychology. A handbook*. Tres años más tarde, en 1982, la revista *Health Psychology* comenzó a publicarse como revista oficial de la división (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Según Reynoso y Seligson (2005) la psicología de la salud creció en el periodo de 1980-89 debido a la deficiencia del modelo biomédico para explicar claramente las conductas de salud y enfermedad. Además de la importancia que surgió por la calidad de vida y la prevención de la enfermedad. Sin olvidar el cambio tan importante de las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas como principales causas de mortalidad lo cual despertó un gran interés y con ello la investigación aplicada para dichos problemas.

Marks (2008) mencionó en el 2005, que mas de 3 mil psicólogos se habían vuelto miembros de la *Health Psychology*, la sección más grande de la asociación, y la *Health Psychology* División de la *British Psychological Society* ya contaba con mil miembros. Lo cual demuestra que crece a la misma velocidad que organizaciones similares de todo el mundo.

Brannon y Feist (2001) menciona que la psicología de la salud comenzaba a emerger como una profesión específica. Debido a que había fundado sus asociaciones de carácter internacional, a la creación de diversas publicaciones las cuales son sumadas a psicología de la salud y, además del reconocimiento de los profesionales que trabajan en otros campos de la psicología. Por otro lado, la psicología de la salud también ha desarrollado una serie de cursos postdoctorales específicamente centrados en la materia y distintos de otros campos de la psicología. Sin olvidar que cuenta con el reconocimiento específico de la APA. Por último, ha sido reconocida por la nueva comisión sobre el reconocimiento de especialidades en psicología profesional de la APA.

Por lo anterior, es innegable que en la actualidad la psicología de la salud es reconocida mundialmente, tanto por instituciones privadas y públicas, como lo son las instituciones educativas, médicas, sistemas de sanidad, entre muchos otros.

1.3. Modelos en la psicología de la salud

A lo largo de su historia la psicología de la salud se ha apoyado distintos modelos con el objetivo de explicar el comportamiento de la salud de las personas, por lo que aquí se revisaran los cinco principales modelos que sirvieron como marco de referencia en su constitución. Para comenzar se debe recordar que la psicología de la salud surge como una necesidad, debido a las quejas e inconformidades por la deficiencia del modelo biomédico, el cual solo define la salud en términos de ausencia de enfermedad.

- Modelo biomédico

Durante el siglo XX el modelo biomédico dominó el campo de la medicina, permitiéndole controlar diversas enfermedades infecciosas que en su momento azotaron a la humanidad. Además permitió desarrollar medicamentos como los antibióticos, las sulfas y la insulina. Aunque en algún momento modelo demostró ser útil y operativo, también llegó a obstaculizar la colaboración de la medicina con otras disciplinas y así ampliar el conocimiento sobre la salud de las personas (Oblitas, 2004).

Lo anterior a consecuencia de que el modelo biomédico solo se apoya en dos principios explicativos: el reduccionismo biológico y el dualismo cartesiano. En donde el primero refiere que todo problema de salud se origina por causas biológicas; es decir, que puede deberse a un mal funcionamiento de los procesos fisiológicos, debido a desequilibrios bioquímicos internos e involuntarios o por la acción de patógenos externos como bacterias y virus. En cuanto al dualismo cartesiano, considera al cuerpo y mente como entidades distintas que funcionan de forma independiente una de la otra, la mente es considerada como un ente abstracto, incapaz de influir sobre el cuerpo (León, 2004).

Dentro de esta perspectiva se considera que los problemas de salud tienen poco que ver con los procesos psicológicos y sociales. Ya que se cree que lo biológico puede condicionar a lo psicológico, pero en inverso esto es imposible, es decir que una enfermedad puede influir psicológicamente en la persona, pero no lo psicológico en una enfermedad. Se maneja la idea de que el individuo no puede influir sobre la enfermedad, sino que simplemente es víctima de cambios en su organismo que son provocados por fuerzas ajenas a él (Shelley, 2007).

Se reconoce que el modelo biomédico ha tenido grandes éxitos en el área médica, sin embargo resulta insuficiente y limitado pues no puede dar respuesta a enfermedades y problemáticas que recientemente aquejan a la humanidad como lo son las enfermedades crónicas y el estrés.

En 1977 Engel (en Amigo et al, 1998) ya describía algunas de las insuficiencias del modelo biomédico:

- Para empezar el hecho de diagnosticar a partir de la presencia de anomalías bioquímicas, ignorando así cualquier otro tipo de causa.
- El diagnóstico depende en gran medida de la información proporcionada por el paciente, en donde pueden surgir diagnósticos erróneos debido a que no exista una comunicación adecuada entre el paciente y el médico, es decir, que el paciente no pueda o sepa explicar su malestar o el médico no sea capaz de interpretar adecuadamente lo que su paciente le indica.
- Ignorar la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de los individuos, es decir, desestima los eventos vitales que la persona sufre y como los afronta.
- Los factores psicológicos y sociales son fundamentales para determinar cuando una persona está enferma, o debe asistir al médico y seguir sus indicaciones o no.
- Puede fracasar al determinar la recuperación de la salud, ya que considera que la enfermedad ha terminado cuando las alteraciones fisiológicas se han corregido.

- El modelo biomédico también puede fracasar por la relación del médico-paciente, pues a pesar de los medicamentos y tecnología las actitudes y comportamientos de ambos influirán significativamente en la enfermedad.

Durante años el modelo biomédico impulsó el desarrollo de fármacos sintéticos y tecnología médica, generando así un modelo sanitario deshumanizado, costoso y de escasa efectividad. Además de que fomentó relaciones autoritarias entre los proveedores de la salud para con los usuarios (León, 2004). Lo anterior propicio una ola de insatisfacciones y cuestionamientos, lo cual generó la necesidad de un nuevo modelo que contara con la potencia del antiguo pero que también solucionara los problemas en los que fracasaba el mismo.

- Modelo psicosomático

Kaplan (1985, en Granados y Chávez, 2004, p. 50) menciona que el modelo psicosomático se encuentra en la psiquiatría, rama de la medicina, y que se encarga de “analizar los factores emocionales y psicológicos de las enfermedades físicas y los factores psicológicos y somáticos que interactúan produciendo enfermedades”.

El modelo psicosomático tiene sus primeros inicios en la teoría de Freud, quien afirmaba que las emociones que no se expresaban con palabras o acciones se convertían en alteraciones físicas. Según Oblitas (2004), Freud elaboró la primera teoría sobre la alteración psicosomática, en la cual se creía que los impulsos reprimidos (prohibidos e inaceptables), buscaban opciones alternativas de descarga. Sin embargo, la teoría de Freud no fue verificada por verdaderas investigaciones metodológicas.

Aunque en década de los treinta el modelo psicosomático resurgió a causa desarrollo del psicoanálisis, y el surgimiento de nuevos conceptos como el de psicobiología de Adolf Meyer, quien proponía estudiar al ser humano en su totalidad, tanto en la salud como en la enfermedad, mediante una integración de cuerpo y mente, aunque tampoco su teoría pudo comprobarse. En los cuarenta y cincuenta, Flanders Dunbar y Franz Alexander trabajan a

partir de la idea de que enfermedades específicas están asociadas con conflictos inconscientes e individuales (Brannon y Feist, 2001).

Dunbar y Alexander (en Shelley, 2007) aseguraban que los conflictos de las personas les producían ansiedad, la cual se volvía inconsciente, apropiándose de alguna parte del cuerpo mediante el sistema nervioso autónomo. En donde los continuos cambios fisiológicos eventualmente producirían un padecimiento orgánico real. Estos investigadores también señalaron las enfermedades psicosomáticas más importantes: úlceras, artritis reumatoide, hipertiroidismo, neurodermatitis, hipertensión, colitis y asma bronquial.

A finales de los cincuenta, el modelo entró en crisis y perdió importancia, por lo que en 1965 se produce un cambio en la orientación del enfoque. Que según Lipowski (1977, en Oblitas, 2004) consistió en la elaboración de metodologías y técnicas más eficaces para abordar las alteraciones, teniendo como objetivos: estudiar los factores psicológicos, biológicos y sociales del ser humano; una aproximación holística a la práctica de la medicina y tener una relación con la practica psiquiátrica de consulta- apoyo.

A pesar de los intentos por mejorar el modelo psicosomático, Brannon y Feist (2001) consideran que dicho modelo solo fue un movimiento reformista de la medicina, del cual no se han obtenido los resultados que se esperaban, como lo es integrar los aspectos psicológicos y fisiológicos de la enfermedad, argumentando que se debe a que la enfermedad es un elemento complejo. Por lo cual los objetivos de dicho modelo fueron asumidos por el modelo conductual.

- Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial surge para dar respuesta a los cuestionamientos y deficiencias del modelo biomédico, el cual también intento ser mejorado por el modelo psicosomático, sin embargo este no alcanzo su objetivo. El modelo biopsicosocial no solo considera los factores biológicos sino también los psicológico y sociales (Casullo, 1996):

Bio: se refiere a los determinantes genéticos, virus, bacterias, defectos estructurales.

Psico: representa las cogniciones, emociones y conductas.

Social: que son las normas sobre la conducta, presiones para el cambio de conductas, valores sociales sobre la salud y la clase social.

Por lo anterior el modelo psicosocial tiene como objetivo primordial a la salud mediante un equilibrio entre sus tres factores.

El modelo biopsicosocial encuentra sus bases en la teoría de los sistemas, en donde León (2004, p.35) menciona “que las cosas naturales se comprenden mejor en términos de jerarquía de sistemas, en la que cada sistema está compuesto por otros sistemas menores, al tiempo que forman parte de otro mayor. Así, todo sistema es, a la vez, un todo y una parte”, es decir, que los sistemas se encuentran interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afectara a todos. Tanto la salud como la enfermedad son procesos interrelacionados que involucran cambios en niveles individuales con los demás.

Este modelo resultó efectivo para explicar el origen y mantenimiento de las enfermedades, sobre todo las enfermedades crónicas que se han convertido actualmente en plagas. Enfermedades como la diabetes, el cáncer, hipertensión, etc., pueden ser explicadas amplia e integrativamente por dicho modelo. Además de que permite comprender mejor la enfermedad el modelo biopsicosocial permite prevenir las enfermedades mediante una promoción de salud humana.

Según Stokols (1992, en Oblitas 2004) la promoción de la salud advertiría a los individuos, grupos y organizaciones el papel que juegan como agentes fundamentales en el desarrollo de prácticas de salud para mejorar el bienestar tanto individual como colectivo. Además de incitar a la creación de nuevas estrategias que les permitan una vida más saludable.

Reynoso y Seligson (2005) mencionan que la prevención se prescribe como algo fundamental y que se limita al ámbito de la salud. La prevención ha sido dividida en tres niveles:

- La prevención primaria se refiere a las actividades dirigidas a la prevención de las enfermedades.
- La prevención secundaria consiste en la intervención temprana para evitar la enfermedad, es decir tratar la enfermedad para disminuir su severidad.
- La prevención terciaria busca minimizar las complicaciones de una enfermedad ya establecida, mediante tratamiento y rehabilitación.

De forma general, la aparición del modelo biopsicosocial modificó el campo de la salud, al abordarla como algo positivo, además de contemplar a la enfermedad como un resultado integrativo de factores biológicos, psicológicos y sociales. Benefició tanto a la práctica médica como a los usuarios al poder brindar un tratamiento eficaz y disminuir el tiempo de recuperación. Aunque cabe señalar que al igual que el modelo biomédico, se requiere de una buena relación médico-paciente.

- Modelo conductual

El modelo conductual está relacionado con el modelo biopsicosocial debido a que surge a partir del conocimiento acerca de la relación que existe entre el comportamiento y la enfermedad. Según Brannon y Feist (2001) el modelo conductual se encarga del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, que pertenecen a las ciencias comportamentales y que se aplican en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud y la enfermedad respectivamente.

Mediante programas de condicionamiento operante el modelo conductual diseña técnicas, las cuales tienen por objetivo reforzar conductas adecuadas, desarrollar habilidades específicas y/o controlar los estímulos y las contingencias ambientales y así extinguir o disminuir hábitos nocivos, además de adquirir algunos otros que beneficien la salud. Hace uso de técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la

enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, también utiliza un análisis funcional de la conducta con el objetivo de comprender las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Amigo et al, 1998).

Oblitas (2004) recomienda: 1) Realizar un cuestionario para obtener información detallada de las conductas de salud; 2) Entrevistar a las personas significativas que aporten información adicional y relevante; 3) Realizar un análisis funcional mediante el análisis de la triple relación de contingencia entre la conducta problema y las variables ambientales que la controlan (antecedentes y consecuentes); 4) Registrar la línea de base, y 5) Registro de la persona para evaluar cómo, cuándo, dónde y en qué circunstancias ocurre la conducta problema.

El modelo conductual considera los hábitos nocivos para la salud como conductas sujetas a los mismos principios y leyes de cualquier otra forma de comportamiento aprendido. Lo cual encuentra sus bases en las teorías del aprendizaje, que sugieren que “el comportamiento puede ser considerado como las formas en que el individuo reacciona hacia su medio ambiente y qué hace la persona en el mismo” (Reynoso y Seligson, 2005, p. 10).

Partiendo de que las conductas son el resultado de experiencias aprendidas, las cuales pueden ser modificadas por nuevos aprendizajes, el modelo conductual se encarga de modificar las conductas desadaptativas en lugar de atender las motivaciones psicológicas, causantes de ese tipo de respuestas, es decir, el modelo conductual se centra en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

- **Modelo cognitivo-conductual**

El modelo cognitivo-conductual al igual que el conductual se enfoca en el estado actual de la persona más que en el pasado. Considera que las conductas desadaptadas pueden ser consecuencia de patrones de pensamiento irracional (Reynoso y Seligson, 2005).

Desde la perspectiva de este modelo se cree que las personas no tienen control sobre sus estilos de vida como consecuencia de factores cognitivos que

interfieren en la habilidad para cambiar determinadas conductas. Por lo que el modelo cognitivo-conductual tiene por objetivo entrenar a los usuarios para que aprendan nuevas formas de actuar, de expresar sentimientos, formas de pensamiento, de desarrollo y afrontamiento, proporcionándoles así las herramientas necesarias para cambiar sus hábitos nocivos por otros que funcionen adecuadamente (Oblitas, 2004).

Los hábitos nocivos son modificados según Shelley (2007) mediante el uso de automonitoreos, el condicionamiento clásico y operante, modelado y control de estímulos, en donde específicamente se modifican los antecedentes y las consecuencias de una conducta meta. Se menciona al enseñarles principios de autocontrol y autorreforzamiento se lleva a los pacientes al proceso de tratamiento.

Con respecto a la modificación de los hábitos nocivos, Oblitas (2004) refiere que los tratamientos cognitivos comportamentales deben incluir:

- Planes y metas realistas definidos en forma conjunta por el terapeuta y el individuo o el grupo.
- Reforzamiento de comportamientos adaptativos y eliminación de los desadaptativos.
- Análisis e identificación de pensamientos automáticos o disfuncionales
- Planeación gradual de las actividades diarias y reforzamiento contingentemente de las mismas.
- Enseñanza de principios básicos de la modificación del comportamiento y reestructuración cognitiva a miembros de la familia y otras personas significativas para el paciente.
- Enseñar diversas técnicas al sujeto para el manejo de situaciones y pensamientos problemáticos para que las practique en situaciones diarias.
- Sustitución del autodiálogo negativo debe ser modificado y remplazado por pensamientos e imágenes alternativos.
- Reconocimiento y diferenciación de sus comportamientos no saludables y saludables. Reconocimiento y sustitución errores cognitivos, creencias dogmáticas y absolutistas.

A partir de lo anterior se da cuenta de que el modelo cognitivo-conductual requiere de una combinación de procedimientos terapéuticos tanto cognitivos como conductuales. Diversas investigaciones demuestran que el modelo cognitivo-conductual ha sido benéfico para el tratamiento de hábitos nocivos en la salud de los individuos. Sin embargo, la modificación de hábitos nocivos no se logra en un solo intento, y también pueden surgir recaídas, por lo cual para la práctica del modelo cognitivo-conductual se requiere esfuerzo y dedicación tanto por parte del terapeuta como por el paciente. Pues así como en los demás modelos dicha relación es parte fundamental del tratamiento.

Cada uno de los modelos de esta revisión ha apoyado el desarrollo e impulso de la psicología de la salud, pero es importante resaltar la participación del modelo biopsicosocial y el modelo cognitivo-conductual, los cuales son importantes para la práctica de dicha área, proporcionándole éxitos tanto en su crecimiento como en su eficacia. Aunque al hablar de éxito no quiere decir que la investigación ha concluido, al contrario se sigue trabajando para seguir avanzando en el campo de la salud, el cual se modifica día con día junto con los avances tecnológicos, los individuos y el colectivo.

1.4. Funciones profesionales del psicólogo de la salud

Dentro de la psicología de la salud el psicólogo se encarga de realizar y analizar las evaluaciones biopsicosociales relacionadas con la salud física, enfermedad, discapacidad o lesión. Debe contar con los conocimientos de la psicología tradicional y sus diferentes ramas como lo son la psicometría, la psicología social y la cognición, así como de las metodologías y técnicas que empleará a lo largo del tratamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

También debe tener conocimientos de otras disciplinas relacionadas con la salud para así traducir los problemas expuestos por los profesionales de otras disciplinas (APA, 2012).

La APA destaca que el psicólogo de la salud debe realizar (Olvera y Soria, 2008):

1. Una identificación precoz de las personas en situación de riesgo, específicamente de forma psicológica, comportamental y sociocultural.
2. Desarrollar programas efectivos para la promoción de conductas saludables.
3. Investigar, comprender e intervenir en factores que ofrezcan una buena calidad de vida en las personas con enfermedades crónicas.
4. Realizar estudios e intervención en el campo comunitario y de salud pública.
5. Encarar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Mientras que Dorantes y Viques (2004) categorizan las funciones del Psicólogo de la Salud en: evaluación, diagnóstico, tratamiento e intervención, asesoría y enlace, prevención y promoción de la salud, investigación, enseñanza y supervisión, administración y gestión, a continuación se describen brevemente.

Evaluación

La evaluación provee de información básica sobre las relaciones relevantes entre variables físicas, cognitivas, socioambientales y comportamentales. Se pretende identificar conductas y estilos de vida poco saludables. Casullo (1996) menciona que algunos de los instrumentos empleados para la evaluación son:

- Entrevistas: estructuradas e historias clínicas
- Autoinformes: escalas y cuestionarios
- Observaciones: conducta manifiesta y proxemia
- Registros mediante instrumentos: poligrafía, CBF y TAC
- Medidas de laboratorio: sangre y orina

De ser requerido durante la evaluación también se deberá obtener información de familiares, allegados y expertos.

Diagnóstico

El diagnóstico será el resultado final del proceso de evaluación. El diagnóstico se refiere a la identificación del problema en términos comportamentales, cognitivos y socioambientales. A partir del diagnóstico el terapeuta deberá tomar la decisión de qué tratamiento es el adecuado para el diagnóstico obtenido.

Tratamiento e intervención

Según Alvarado (2006), el tratamiento consiste en la intervención clínica sobre el individuo con el objetivo de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos entre los que se encuentran los emocionales, problemas conductuales, preocupaciones personales etc. las intervenciones clínicas se pueden dar desde diversas terapias como lo es la psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitivo conductual, entre otras; algunas de las técnicas empleadas en la psicología de la salud son la reestructuración cognitiva, relajación, reforzamiento y autocontrol, etc.

Asesoría y enlace

Consiste en el consejo que podría solicitar el psicólogo clínico o de la salud ante una variedad de problemas, la petición puede ir desde alguna organización, un psicólogo consultor técnico o cualquier otro profesional de cualquier servicio del sistema sanitario. En el mismo sentido el psicólogo puede asesorar, diseñar y colaborar en la ejecución de programas que lleven a cabo otros colegas que así lo requieran.

Prevención y promoción de la salud

La prevención consiste en el desarrollo de prácticas y políticas de salud que tienen por objetivo mejorar el bienestar individual y colectivo, es decir, tanto de individuos como de grupos y organizaciones. En cuanto a la promoción de la salud, según Shelley (2007), consiste en enseñar a las personas la mejor manera de lograr un estilo de vida sano y ayudar a las poblaciones en riesgo a adquirir conductas que compensen o controlen dichos riesgos. Como ya se ha descrito con anterioridad, la prevención se divide en:

prevención primaria, secundaria y terciaria. La promoción de la salud puede darse mediante campañas de salud, en medios de comunicación como la televisión y la radio, entre otros.

Investigación

La investigación requiere de una planeación y diseño que conduzcan a realizar estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, factores de riesgo en un grupo o comunidad y acerca de hábitos saludables. La investigación permitirá evaluar los efectos y el impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo y fomentará la producción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud (Dorantes y Viques, 2004).

Enseñanza y supervisión

Se refiere a que el psicólogo de la salud puede dedicarse parcial o totalmente a la enseñanza de dicha área, haciendo uso de sus conocimientos y experiencia laboral guiará y educará a los estudiantes. Aunque el psicólogo de la salud también enseña y supervisa a lo largo de una intervención, ya que deberá dar los conocimientos necesarios que el paciente requiera, también podrá enseñar o supervisar durante el servicio prestado a alguna institución por estudiantes o pasantes quienes planean cumplir con algún requerimiento escolar, adquirir experiencia o llevar a cabo alguna investigación. Sin embargo, el psicólogo de la salud también podrá enseñar a otros profesionales relacionados con el campo de la salud como lo son enfermeras, médicos, dentistas entre algunos otros (Alvarado, 2006).

Dirección, administración y gestión

Según Bustos (2000, en Dorantes y Viques, 2004) esta función se encuentra relacionada con la colaboración con la gerencia del sistema sanitario, en general es una función de gestión de recursos humanos, el cual tiene por objetivo mejorar el desarrollo de los servicios, a través de una mejor actuación por parte de los profesionales sanitarios y del mismo sistema. El psicólogo de la salud, en dicha función, se promociona como alguien que es

capaz de coordinar actividades de grupo, ser asesor en posibles dificultades, colaborar en la mejora de la calidad entre miembros de un equipo y de diferentes grupos, a fin de optimizar el rendimiento de los profesionales.

A partir de lo anterior se puede señalar que los psicólogos de la salud pueden realizar sus funciones ya sea en la práctica privada o pública:

- Dependencias del sector salud, por ejemplo en la Cruz Roja, en el Instituto Nacional de Nutrición, Hospital los Ángeles, Centros de Integración juvenil, Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Nutrición, Hospital ABC, etc.
- Dependencias e instituciones del sector educativo como en la Secretaría de Educación Pública, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad del Valle, Colegio de Bachilleres, Tecnológico de Monterrey, Centro de Estudios Universitarios Londres, entre otros.
- Dependencias gubernamentales y estatales, en donde puede realizar funciones asistenciales y capacitación en salud ocupacional, tal es el caso de Centros de Readaptación Social, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, Petróleos Mexicanos, Procuraduría General de Justicia, etc.
- Práctica independiente, en la cual el psicólogo de la salud ofrece terapia y otros servicios de salud mental a personas con problemas médicos, también puede trabajar con la familia en colaboración dependiendo de las situaciones problemática de su paciente. La practica independiente puede brindarse tanto individual como grupalmente.

En general, se puede observar que el campo de la psicología de la salud se ha dedicado a estudiar, analizar, comprender e intervenir en los comportamientos y estilos de vida que afectan la salud de las personas. Aunque la psicología de la salud se centra en la salud, no deja de lado la enfermedad, con la cual también trabaja. Como campo aplicado, la psicología de la salud requirió el respaldo de otras disciplinas como lo son la medicina, la psicología y las sociales, etc. Dentro de su constitución encontramos algunos modelos teóricos que apoyaron en su surgimiento como lo son el modelo

biomédico, psicosomático y biopsicosocial, conductual y cognitivo-conductual entre los más importantes.

En los últimos años la psicología de la salud ha ido creciendo de forma significativa, resultado por el que han trabajado arduamente los psicólogos de dicha área ya que han intervenido con éxito en diversos ámbitos ya sean en el ámbito privado, público o de forma independiente. Los psicólogos de la salud pueden intervenir en tanto en el tratamiento psicológico de problemas médicos, la enseñanza y supervisión de alumnos y pasantes, la investigación de algún tema relacionado con la salud, como lo podría ser la diabetes en las mujeres o quizás el VIH en jóvenes estudiantes, e incluso la adicciones en adolescentes, que en el caso específico de este trabajo, se trata de las nuevas adicciones en los adolescentes.

Debido a que en los últimos años dentro del campo de la salud, han crecido las demandas para el tratamiento de adicciones conductuales, llamando la atención aquellas conductas que se encuentran relacionadas con las nuevas tecnologías, se tiene claro que dichas adicciones se dan en cualquier momento del desarrollo humano sin embargo, la adolescencia es considerada como un punto clave debido a que es en dicha etapa donde se consolidan o se adquieren algunas actitudes o comportamientos inadecuados, los cuales pueden afectar su vida y sobre todo dañar su salud, el cual podría ser el caso de diversas adicciones.

Afortunadamente la psicología de la salud permite realizar la presente investigación y así poder brindar un poco de información tanto a interesados en el tema como a profesores y padres preocupados por la salud y el bienestar de los jóvenes y quizás también la motivación del estudio del tema para futuras investigaciones.

2. ADOLESCENCIA

2.1. Características de la adolescencia

A lo largo de la vida, todas las personas pasan por diversas etapas, con características y problemas propios, cada una de estas etapas son importantes para el desarrollo humano, sin embargo, se considera la adolescencia como una etapa decisiva ya que el joven definirá y adquirirá sus propios estilos de vida, los cuales influirán de manera determinante en su futuro.

La adolescencia es definida como la etapa de transición donde el ser humano deja de ser niño para comenzar su edad adulta, dicha etapa comprende entre los 10 y 22 años (Santrock, 2004), dicho rango es variante para diversos autores ya que muchos de ellos delimitan el rango, como McKinney, Fitzgerald y Strommen (1982) que establecen el rango entre los 13 y 19 años, para Perinat (2002) va de los 11 o 12 a los 18 años, mientras que para Papalia, Wendkos y Duskin (2010) este se encuentra de los 11 a los 20 años, sin embargo hay quienes no lo hacen, pues consideran que es variante considerando las características de cada cultura, ya que algunos creen que la adolescencia termina en el momento en el que el joven se convierte en un ser responsable al adquirir trabajo lo cual puede suceder poco antes de los 18 o hasta después de los 22, otros autores consideran que finaliza en el momento en el que el joven es considerado como adulto ante la sociedad tal es el caso de México donde al cumplir los 18 años los jóvenes se convierten en adultos y se les es permitido tanto participar políticamente como asistir a lugares o eventos solo para adultos, mientras que para el país vecino no es sino hasta los 21 años cuando el joven es considerado como un adulto.

Aunque esta etapa no cuente con características y rangos específicos, ya que depende de cada cultura y hasta de cada individuo, dentro de la literatura se pueden encontrar con semejanzas en las características de dicha etapa, algunas de esas características son los cambios que sufre el joven a nivel biológico, cognitivo, social, sexual y psicológico.

2.1.1 Características biológicas

Las características biológicas en el adolescente se dan como un conjunto de cambios, hormonales, fisiológicos y sexuales. Dichos cambios son traducidos en el crecimiento rápido de estatura y peso (el cual varía de individuo a individuo), cambios en las proporciones y figuras corporales, además de adquirir una maduración sexual.

Los cambios hormonales en la pubertad son consecuencia de dos etapas: la adrenarquia la cual se encarga de la maduración de las glándulas suprarrenales, a la cual le seguirá la gonadarquia, la cual llegará algunos años después y se encargará de la maduración de los órganos sexuales (Papalia et al, 2010).

En la primera etapa, adrenarquia, las glándulas suprarrenales segregan niveles gradualmente mayores de andrógenos, principalmente dehidroepiandrosterona conocida como DHEA (Susman y Rogol, 2004, en Papalia et al, 2010). La DHEA influirá en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial, al igual que en un crecimiento corporal más rápido, aumento en la cantidad de grasa en la piel y desarrollo del olor corporal, además de que al elevarse significativamente los niveles de DHEA los jóvenes experimentarán su primera atracción sexual.

Mientras que para la segunda etapa, la maduración de los órganos sexuales activará un segundo aumento repentino en la producción de DHEA, que entonces llegará a los niveles adultos (McClintock y Herdt, 1996, en Papalia et al, 2010). Durante la gonadarquia los ovarios de las niñas aumentarán su secreción de estrógenos y así estimulará el crecimiento de los genitales, el desarrollo de los senos y vello púbico y axilar. Para el caso de los niños, los testículos aumentarán la producción de andrógenos, en particular testosterona, que estimulará el crecimiento de los genitales, masa muscular y vello corporal. Tanto niños como niñas producen estrógenos y andrógenos, sin embargo las niñas tienen niveles más altos de estrógenos y los niños producen niveles más altos de andrógenos.

Junto con los cambios hormonales, el cuerpo del joven comenzará a desarrollar algunas características de tipo sexual, las cuales se dividen en características sexuales primarias y secundarias, en donde la primeras se encuentran relacionadas con el desarrollo de los órganos y estructuras del cuerpo que conciernen específicamente a la reproducción (Feldman, 2007), que en los niños son el pene, los testículos, la próstata, el escroto y las vesículas seminales. Mientras que para las niñas son los ovarios, el útero, la vagina, las trompas de falopio y el clítoris.

En cuanto a las características sexuales secundarias se refieren a los cambios fisiológicos de la maduración sexual que no involucran de forma directa a los órganos sexuales (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010), en el caso de las niñas se traducen al crecimiento de senos, vello corporal y textura de la piel, en cuanto a los niños se puede percibir en el ensanchamiento de hombros y espalda, vello corporal, cambio de voz y desarrollo muscular.

Después de que los órganos sexuales hayan madurado comenzará el inicio de la menstruación en las niñas y la producción de esperma en los niños. A la primera menstruación se le conoce como menarquía, la cual es el signo de la activación cíclica de los ovarios, que consiste en el desprendimiento mensual del tejido del revestimiento del útero (Perinat, 2002). En el caso de los niños la primera eyaculación se le conoce como espermarquia, que es una eyaculación involuntaria de semen, que generalmente sucede durante la noche debido a una conexión con algún sueño erótico (Feldman, 2007).

Cabe señalar que cada uno de estos eventos son variables en tiempo y forma, ya que depende de cada individuo y cultura, por lo cual se vivirán y asimilarán de diferente forma.

2.1.2. Características cognitivas

En cuanto a las características cognitivas del adolescente, se cree que coinciden y probablemente son disparados por los cambios hormonales, Piaget (en Dulanto, 2000) mencionaba que el adolescente sufría cambio de orientación del pensamiento concreto hacia la capacidad de las operaciones formales, lo cual le permitiría al adolescente razonar en forma abstracta.

Las operaciones formales le proporcionan al adolescente nuevas formas y más flexibles para manipular la información. Los adolescentes también dejan de restringirse solo al aquí y ahora, ya que pueden entender el tiempo y el espacio. Además, pueden utilizar símbolos para representar otros símbolos, por lo cual son capaces de aprender nuevas ciencias como lo son el álgebra y cálculo (Papalia et al, 2010).

Junto con las operaciones formales, el adolescente adquirirá un razonamiento hipotético-deductivo, que es la capacidad para desarrollar hipótesis y diseñar un experimento para ponerlo a prueba. Dicho razonamiento sirve como herramienta para resolver problemas desde escolares hasta cotidianos como la reparación de algún objeto.

En general, el adolescente podrá pensar en términos de posibilidades; desarrollar y utilizar el razonamiento hipotético; pensar acerca de lo que está pensando, además de utilizar el pensamiento enfocado hacia el futuro (Dulanto, 2000). La adquisición de nuevas características cognitivas proporcionará al joven una nueva forma de pensar, la cual será permanente, pues será de utilidad tanto en la adolescencia como en el resto de su vida adulta.

2.1.3. Características sociales

Otros aspectos importantes en el adolescente se encuentran relacionados con el desarrollo social, en situaciones como la construcción de su yo y su identidad, el género, la sexualidad y el desarrollo moral.

En cuanto a la construcción del yo y su identidad, ésta surge cuando el joven comienza a preguntarse quién es y quién quiere llegar a ser. En algún momento dichos cuestionamientos pueden generar confusión y desasosiego, sin embargo es un proceso saludable y vital, el cual rara vez se resuelve en su totalidad durante la adolescencia, pues aquellos cuestionamientos surgirán en diversas ocasiones durante la vida adulta (López-Ibor, Ortiz y López-Ibor, 1999).

Dulanto (2000) menciona que durante la construcción del yo y su identidad, el adolescente probará varios papeles sociales y observará la forma

en que reacciona su ambiente social, así como la retroalimentación que recibe. Se considera que lo anterior dará paso al egocentrismo adolescente, el cual menciona que durante este el joven se sentirá observado, percibiéndose como “protagonista” de cualquier escenario, para algunos jóvenes este alto grado de vigilancia ocasionará vulnerabilidad, debido al continuo sentimiento de que cada uno de sus pensamientos y emociones son visibles para los demás.

El desarrollo moral es otro aspecto importante en la vida de los adolescentes. Se menciona que a medida que el individuo alcanza niveles cognitivos más altos adquiere la capacidad de hacer razonamientos más complejos acerca de temas morales. Por lo cual los adolescentes son capaces de considerar la perspectiva de los otros para resolver problemas sociales, tratar con relaciones interpersonales y visualizarse como seres sociales, alcanzando así su desarrollo moral (Papalia et al, 2009).

Al visualizarse como seres sociales, los adolescentes deberán identificarse con un género, lo cual en la mayoría de los casos no representa un problema pues se asumen con el género que corresponde a sus características físicas, sin embargo en los casos en los que el adolescente no logra identificarse con su género supone un problema para éste, debido a que siente que va en contra de lo “normal”, por lo general dicha situación será difícil de afrontar, pero no imposible, pues algunos jóvenes asumirán el género con el cual se sienten cómodos, mientras que otros, en conjunto con su familia y quienes los rodean, logran reconocerse con el género que los identifique.

Junto con la identificación del género en los adolescentes surgen, ya sea por presiones sociales o por curiosidad, las relaciones románticas, esos desarrollos llevan al joven a ver de forma distinta a otro sexo, pues comienzan a interesarse en ellos en términos de personalidad y sexualidad (Feldman, 2007). La sexualidad es un tema relevante durante la adolescencia, ya que es cuando los jóvenes sienten curiosidad por aquello que desconocen y les parece nuevo y atractivo.

Según López-Ibor et al. (1999) la sexualidad de los adolescentes se concentra más en aspectos del tipo sentimentales, de comprensión, de compartir cosas, experimentar, de pensamientos y sentimientos, etc., con el objetivo de

buscar la propia identidad a través de la otra persona más que en la obtención de satisfacción sexual física.

2.1.4. Características sexuales

No se puede olvidar las características de la sexualidad en los adolescentes ya que ésta es considerada como fundamental en el desarrollo de los jóvenes, pues esos que inician como niños y niñas terminaran siendo hombres y mujeres.

Como se revisó con anterioridad, el cuerpo de los adolescentes desarrollará características de tipo sexual, sin embargo los cambios hormonales de la pubertad no solo estimularán la maduración de los órganos sexuales, sino que también traerán consigo una serie de sentimientos respecto a la sexualidad (Papalia et al, 2010). Los jóvenes pronto se verán confundidos y preocupados ante sus conductas y pensamientos sexuales, ya que los adolescentes piensan en sexo durante mucho tiempo.

Pero ¿por qué los jóvenes se ven confundidos y preocupados?, según Perinat (2002) la razón se debe a que los adolescentes sentirán confusión ya que por una parte, de forma interna percibirán motivaciones biológicas y por el otro se verá incitado y al mismo tiempo reprimido por su ambiente social, el cual ejerce presión en los jóvenes, ya sea para comenzar a experimentar el camino de curiosidades y misterios como lo es la sexualidad o de luchar contra sus motivaciones biológicas debido a que en su ambiente social es algo incorrecto, inmoral o prohibido.

Sin embargo, los jóvenes tienen derecho a vivir su sexualidad y en el momento en el que ellos lo elijan la llevarán a cabo, pero es importante aclarar que la sexualidad no se trata simplemente del coito, sino que incluye tocamientos, miradas, besos, masturbación, entre algunas otras. En cuanto a los besos, miradas y tocamientos no necesariamente son conductas sexuales, pues tomar la mano de alguien o dar un beso en la mejilla no podría considerarse dentro del rubro sexual.

En cuanto a la masturbación y las relaciones sexuales se encuentran bien definidas dentro del campo sexual, la masturbación se conoce como la autoestimulación sexual solitaria, la cual actualmente se considera con una actividad normal, sana e inofensiva, ya que de esta forma los jóvenes pueden conocer acerca de su propia sexualidad (Feldman, 2007). En cuanto a las relaciones sexuales, entran situaciones como sexo oral y penetraciones vaginales y anales.

Cabe aclarar que las motivaciones y deseos de los adolescentes, no necesariamente tienen que estar dirigidos al sexo opuesto, pues esto será definido por su orientación sexual, es decir que los jóvenes pueden sentir atracción sexual consistente por personas del sexo opuesto, a lo que se le conoce como heterosexualidad; también pueden sentirse atraídos por su mismo sexo, lo cual es denominado como homosexualidad o ser atraídos por ambos sexos y definirse como bisexuales (Papalia et al, 2010). Aunque actualmente los términos de homosexualidad y bisexualidad siguen siendo tema tabú, pues aunque son términos ya conocidos y aceptados como una realidad, existen personas que aun desapruaban dicha realidad, por lo cual muchos adolescentes que se sienten identificados como homosexuales o bisexuales no revelan su orientación por miedo a la desaprobación de su ambiente social (padres, amigos, familiares, vecinos, etc.) mientras lo que se declaran abiertamente pueden llegar a ser causa de discriminación y/o violencia. Es preciso mencionar que la sexualidad en los adolescentes es una parte de su desarrollo bastante controversial y difícil, ya que existen situaciones en donde se ven y se sienten rechazados, confundidos, deprimidos o aislados, llevándolos a situaciones riesgosas.

Sin embargo, no solo la sexualidad supone dificultades para el adolescente, sino cada una de las características que se desarrollaran durante esta etapa, las cuales generan ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda de su identidad. Por lo cual, los adolescentes se ven vulnerables, moldeables y susceptibles a influencias de los modelos sociales y entornos que los rodean. Aunque como ya se ha mencionado con anterioridad esto dependerá de cada individuo, pues aunque la mayoría de los jóvenes atravesaran por los cambios propios de su etapa, cada uno de ellos lo

vivenciará de forma diferente. Cada una de las nuevas características del adolescente se verán influenciadas por la cultura, la familia, sus cuerpos y sus propias experiencias.

Todas las características anteriores tienen su origen en el individuo, aun así es importante mencionar que el adolescente es influenciado por su entorno, es decir, que sus cambios biológicos, físicos y sexuales, serán sometidos a un aprendizaje condicionado que surge a partir de un proceso de socialización con su familia, amigos, maestros, sin olvidar la gran influencia que hoy en día tiene los medios de comunicación.

2.2. Salud en la adolescencia

Como ya se ha revisado, durante la adolescencia los jóvenes son susceptibles y vulnerables ante diversas situaciones que los pueden poner en riesgo, aunque, como la adolescencia es considerada el inicio de la vida adulta, su ambiente social tiende a olvidar la salud de dicha población, esperando quizás que ellos se hagan cargo como adultos que son. En el caso de los países latinoamericanos, con frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las agendas políticas ni del sector salud, poniendo atención a los adolescentes solo cuando su conducta es inadecuada (Maddaleno, Morello, e Infante-Espínola, 2003).

El Instituto Mexicano de la Juventud (2008) menciona que para que los jóvenes ejerzan su derecho a la salud, tienen que enfrentarse con dificultades, como la falta de acceso a los servicios de salud, la escasez de programas para la prevención de factores de riesgo y educación sobre la salud sexual y reproductiva y el desconocimiento de la información acerca de los principales padecimientos.

Técnicamente, la salud de los adolescentes se encuentra olvidada tanto por su círculo social, sector salud y de gobierno. Aunque es en dicha etapa donde más se debería trabajar a nivel salud, ya que la mayoría de los estilos de vida son adquiridos en la adolescencia, debido a que es una etapa decisiva donde se adquieren y consolidan algunas tendencias comportamentales provenientes de sus entornos de influencia.

Cabe mencionar que así como la salud de los adolescentes es olvidada por aquellos quienes deberían protegerlos, también es olvidada por los mismos jóvenes, quizás por la falta de información, por miedo, vergüenza o simplemente porque no se dan cuenta de los riesgos que corren. Por lo que es importante la prevención, educación y cuidado de esta población, como ya se mencionó los estilos de vida poco saludables que llevan los adolescentes son producto de la influencia social, en donde encontramos en primer plano a la familia, la cual juega un papel importante en la fijación, mantenimiento o eliminación de conductas en los jóvenes (Maddaleno et al, 2003).

Como primicia los padres tienen la oportunidad de inculcar en sus hijos hábitos y estilos de vida saludables como lo son la higiene dental, desayuno diario, el ejercicio, entre otros, pues aunque los jóvenes estén dispuestos a llevar un estilo de vida adecuado, su familia constituirá una barrera en sus propósitos debido a que probablemente los jóvenes sean sometidos a las exigencias y circunstancias del entorno.

El entorno familiar de los adolescentes tendrá su propio sistema de creencias respecto a la salud y a la enfermedad, el cual los jóvenes aprenderán y asimilarán para después poder decidir si es requieren de atención medica o no, es decir, ellos decidirán su diagnóstico y cómo enfrentar la enfermedad.

Rolland (1987, en Dulanto, 2000) menciona que existen cuatro elementos importantes en el sistema familiar para la constitución de las creencias en la salud:

1. La percepción del control de la enfermedad, la cual es compartida por la familia.
2. Las creencias étnicas, culturales y religiosas de los miembros familiares.
3. Los supuestos de la familia en relación con la causa de las enfermedades en general y de enfermedades específicas en particular.
4. El ciclo de vida del grupo familiar.

Las creencias de la salud que tenga la familia pueden influir tanto de forma positiva como negativamente en los adolescentes. Y no se puede olvidar al grupo de pares, pues estos pueden animar a los jóvenes a oponerse a la

autoridad y control de la familia y adultos. Definitivamente, los pares también pueden ser una influencia perjudicial o benéfica en la educación para la salud.

No obstante, la escuela es un lugar en donde los jóvenes podrían recibir la influencia adecuada mediante la convivencia entre el grupo de pares y la asesoría de los profesores. A diario en la escuela los adolescentes se ven expuestos a ideas que pueden estar en conflicto con las ideas y valores sostenidos por sus padres, por lo que tienen la oportunidad de definirse y construir sus propias creencias, hábitos y estilos de vida (Dulanto, 2000). Además de que se les brindará la oportunidad de obtener una educación para la salud de manera anticipada, es decir, la prevención de conductas nocivas en sus vidas.

Sin embargo, aunque parece fácil la protección, educación y cuidado de la salud de los adolescentes no lo es, ya que como menciona Shelley (2007) la adolescencia es una ventana de vulnerabilidad para la instalación de muchos hábitos nocivos para la salud, pues actualmente se estima que aunque los adolescentes no representan un porcentaje alto de morbilidad o mortalidad, sí lo hacen en años posteriores (Maddaleno et al, 2003). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2010 calculó que el 78% de las muertes prematuras en los adultos son resultado de enfermedades no transmisibles, consecuencia de conductas iniciadas en la adolescencia.

Por lo que algunos autores consideran importante intervenir con la población adolescente, ya que creen que trabajar con ellos ofrecerá varias ventajas como lo son la identificación oportuna de jóvenes en riesgo, lo cual permite evitar o eliminar los malos hábitos de salud y así mejorar la calidad de vida (Shelley, 2007). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2008) menciona que se debe prevenir especialmente en casos donde las consecuencias inmediatas de una conducta poco saludable amenace la salud, aunque dicha conducta resulte placentera y se perciba como algo distante o lejano.

Se tiene en cuenta que dicha labor es un trabajo arduo, ya que los jóvenes no son una población homogénea, sino que es un grupo heterogéneo y diverso, con múltiples identidades de género, cultura, etnia, estatus social y

económico, el cual debe explotar en su totalidad el derecho a su salud, además de que requiere la participación conjunta de cada uno de sus entornos sociales, dependencias gubernamentales y de salud.

2.3. Entorno social en la adolescencia

Al llegar a la adolescencia, el entorno social de los niños y niñas crece de forma considerable, en la medida en la que se van relacionando con personas ajenas a la familia. La vida social de los jóvenes será cada vez más importante, pues se verán influenciados no sólo por la familia, sino que se les sumarán los, amigos y la escuela, además de que las relaciones con la familia evolucionarán y adoptarán un carácter nuevo que en ocasiones puede tornarse difícil.

En el caso de la familia, Perinat (2002) menciona que la conducta de una persona es un fenómeno que afecta al resto de los miembros de una familia y viceversa. Menciona también que durante la transición de la infancia a la adolescencia de algún miembro de la familia, ésta sufre de perturbaciones con más consecuencias para el sistema.

Esto se debe a que de pronto los jóvenes comienzan a cuestionar los juicios, opiniones y normas de sus padres, cambian sus puntos de vista sobre el mundo y en ocasiones se rebelan en contra de este, situación que desconcierta y molesta a los adultos. Lo cual trae como consecuencia la búsqueda de la autonomía, independencia y control sobre su vida. Subsecuentemente los adolescentes alcanzarán una autonomía externa, es decir, serán capaces de resolver por sí solos situaciones de las que antes se hacían cargo sus padres. También alcanzarán la autonomía interna al construir criterios y emitir evaluaciones de la realidad por si solos. Es decir, que la adquisición de la autonomía es un proceso en la asunción de responsabilidades.

Sin embargo, dicho proceso no será fácil ya que tanto los jóvenes como los padres deberán adaptarse a nuevas normas y formas de relación de las nuevas necesidades. Lo importante será que como familia logren incorporar y

solucionar cada uno de los conflictos que surjan en su dinámica (Feldman, 2007).

Así como la familia evolucionará, la amistad también lo hará, sin embargo lo hará de diferente forma, ya que comenzará a cobrar importancia en la vida de los adolescentes, pues dicho entorno les proporcionará la satisfacción de necesidades emocionales como lo son la afectividad, intimidad, confianza, lealtad, ayuda mutua, aceptación, entre otras.

Debido a que las relaciones de amistad se dan entre iguales y no existe un desequilibrio, pues nadie da órdenes como lo es en la familia, esto permite a los jóvenes ejercitar el desarrollo de su autonomía, la reestructuración de su identidad tanto personal como social debido a que se encuentra en un terreno seguro.

Además, Papalia et al, (2010) mencionan que la amistad de los adolescentes manifiesta el desarrollo cognoscitivo y emocional, la nueva capacidad que tienen para expresar sus pensamientos y sentimientos privados. Y también les es más fácil considerar el punto de vista de otra persona y más sencillo entender los pensamientos y sentimientos de un amigo.

Aunque es importante mencionar que los jóvenes suelen seleccionar a sus amigos por la similitud en género, raza, origen étnico, tribus, gustos, etc., y que estos no solo traen beneficios, sino también algunas complicaciones pues pueden elegir amigos que los induzcan a situaciones comportamentales riesgosas o problemáticas como un bajo desempeño académico, consumo de drogas o sexo riesgoso.

En cuanto al entorno escolar, éste resulta benéfico para los adolescentes si proporciona un ambiente ordenado, seguro y positivo, recursos materiales adecuados, personal docente capacitado y estable. Papalia et al, (2010) señalan que la cultura escolar impulsa lo académico y fomenta la creencia de que todos los estudiantes pueden aprender y triunfar, además cuentan con profesores (adultos responsables) que los respetan y los pueden guiar ya que los alumnos podrían llegar a confiarles sus dudas y miedos.

Se esperaría que la escuela influya de forma positiva en los adolescentes, sin embargo esto depende tanto de los jóvenes, como de los profesores y de la misma institución, ya que si no se toman las medidas adecuadas podría ser un entorno hostil y negativo, que propicie comportamientos inadecuados, pues podrían los jóvenes realizar actividades riesgosas dentro de la institución de forma libre, como lo es consumir drogas o practicar actividades sexuales.

2.4. Riesgos en la adolescencia

Como se ha ido revisando dentro de este capítulo, la adolescencia es un periodo decisivo en el desarrollo del ser humano, ya que los jóvenes en esta etapa se ven vulnerables ante los diversos cambios que experimentan y durante la búsqueda de su identidad. Sin olvidar el interés que comienzan a sentir por todo lo nuevo y desconocido hasta ese momento, comienzan por cuestionar a sus padres y en general, a todo aquello que los rodea. Durante esta etapa los adolescentes buscarán conocer el mundo lejos de la supervisión de sus padres (Perinat et al., 2003). Pero más cerca de sus iguales, quienes en conjunto se facilitarán y apoyarán en las primeras experiencias novedosas, las cuales podrían suponer alguna amenaza para el bienestar físico y mental del individuo y que también podrían tener consecuencias negativas para la salud y el desarrollo del mismo.

Cornellá (2009) menciona que en la búsqueda de nuevas experiencias los jóvenes sentirán por primera vez una impulsividad desconocida, la cual los llevará a menospreciar el riesgo y a querer probarlo todo por sí mismos. Para la adolescencia se han identificado algunos factores de riesgo, a los que el Instituto de la Juventud (2008, p. 98) se refiere como “características o circunstancias que aumentan la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados”.

Según la Secretaria de Salud (2002) los factores de riesgo más comunes durante la adolescencia se encuentran las adicciones como el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción, sobrepeso, trastornos alimenticios, enfermedades de transmisión sexual y las exposiciones a ambientes peligrosos

y violentos, que relacionados incrementan la probabilidad de que los adolescentes sufran accidentes, suicidios y homicidios entre otros.

Respecto a las adicciones, actualmente los jóvenes han aumentado su consumo, pues dicho elemento se ha convertido en un tipo de ritual para obtener reconocimiento, éxito y placer. En lo que se refiere al tabaco la Encuesta Nacional de Adicciones (Secretaría de Salud, 2011c) reveló que 1.7 millones de adolescentes mexicanos son fumadores, de los cuales iniciaron su consumo en promedio a los 14.1 años es la edad de inicio que según la encuesta prevalece desde el 2002. Los adolescentes fumadores consumen en promedio 4.1 cigarros al día y gastando 311.5 pesos al mes. Además se encontró que la marca más popular entre los adolescentes fumadores es Marlboro con un 62.7%, seguida de Camel, Marlboro Blanco, y Montana con un 12.6%, 7.8% y 6.0% respectivamente. Otras marcas compradas fueron Pall Mall con 2.9% y Benson & Hedges con un 2.3%.

Por lo cual el tabaquismo es considerado como un problema grave de salud pública, especialmente en los adolescentes, sin olvidar a los adultos jóvenes (que iniciaron en su adolescencia) y el género femenino. Perinat et al., 2003 consideran que tanto las campañas publicitarias, así como las creencias acerca del tabaco han incrementado su consumo, en el caso de las campañas con regularidad se muestra la imagen de un hombre o mujer joven (fumadores) los cuales son bellos, esbeltos y exitosos socialmente, en cuanto a las creencias la más común se encuentra relacionada con la ansiedad, ya que se cree que al fumar las personas se relajan, sin embargo produce todo lo contrario ya que la nicotina estimula el sistema nervioso autónomo con efectos como la taquicardia.

Mientras que el alcohol se ha convertido en parte de los usos y costumbres de la sociedad en general, por lo que los adolescentes se encuentran expuestos ante dicha sustancia, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) reporta que el 25% de los adolescentes en México consumen alcohol definido como el consumo de una bebida alcohólica diario, semanal, mensual u ocasionalmente en el último año. Menciona que menos del 1% de

los adolescentes abusa del alcohol diariamente, 2.3% semanalmente, 5.8% mensual y un 7.2% lo hace ocasionalmente.

En el 2011a la Encuesta Nacional de Adicciones menciona que la población adolescente cuenta un mayor número de bebedores, pues el 55.2% de los jóvenes probaron por primera vez el alcohol antes de los 17 años, además refiere que la edad promedio de inicio para el consumo de bebidas alcohólicas es de 18 años. También nos menciona que la cerveza es la bebida preferida de la población, seguida de los destilados, vinos de mesa, bebidas preparadas y fermentados, además reporta que tanto los aguardientes y el alcohol de 96° han disminuido su porcentaje de consumo en comparación con los resultados del 2002.

Dichos resultados concuerdan con lo mencionado por Rice (2000) quien afirma que los adolescentes beben antes de poder comprar alcohol o entrar a los lugares de consumo legalmente, además de que considera que durante décadas ha sido la droga preferida por dicha población, también refiere que la cerveza es la bebida preferida entre los jóvenes de todas las edades.

Uno de los problemas que más agobian a los padres de familia es la drogadicción, pues aunque no gustan del consumo de alcohol y tabaco que tienen sus hijos nos les horroriza tanto, como la idea de que consuman alguna droga ilegal. Según la ENA (2011b) el consumo de drogas es bajo pues se da en el 1.5% de la población adolescente, menciona que el consumo de la marihuana es el más común con un 1.3%, seguido de la cocaína 0.4% y los inhalantes con un 0.3%, en lo que respecta al crack y la heroína se calculó un consumo prácticamente nulo en dicha población.

Se cree que los jóvenes consumen drogas con diversos propósitos, como lo son sociales, experimentales, medicinales y adictivos. Cuando los adolescentes consumen drogas por experimentar, se da por la curiosidad que provoca una droga, esto se realizará una o pocas veces y después no se realizará de nuevo. En cuanto al consumo social, éstas se llevan a cabo durante actividades sociales como fiestas con uno o más amigos y probablemente la actividad se continúe hasta la adultez. El consumo medicinal se da para aliviar un estado emocional desagradable como ansiedad y estrés.

Mientras que el consumo adictivo se da de forma regular con el objetivo de sentirse bien física o psicológicamente, además de experimentar síntomas de abstinencia (Jeffrey, 2008).

Cabe señalar que tanto Cornellá (2009) como Rice (2000) consideran que el consumo de drogas legales o ilegales son las causantes de miles de accidentes automovilísticos, además de que se encuentran relacionadas con la mitad de homicidios, así como del abuso infantil y la violencia familiar. Las drogas son causantes de miles de muertes, accidentes, obtención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, entre otros; esto es debido a que al consumir estas sustancias los jóvenes minimizan el peligro e incluso pierden el control acerca de sus conductas.

En lo que respecta a los riesgos relacionados con la comida, el Instituto de la Juventud (2008) menciona el 31.0% de los jóvenes tienen sobrepeso, el cual es asociado a las principales causas de muerte como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y el cáncer de mama. Mientras que el 1.5% y 3.0% de la población mexicana presenta anorexia y bulimia respectivamente, trastornos que se caracterizan por tener una percepción distorsionada del cuerpo, temor obsesivo a subir de peso, vómito autoinducido, entre otros.

Actualmente se considera que la obesidad es un principal factor de riesgo para la adquisición de enfermedades físicas, como lo son las enfermedades del corazón, hipertensión, diabetes tipo II, osteoartritis y el dolor de espalda, relacionada también con una mala salud psicológica como baja autoestima y aislamiento social (Morrison y Bennett, 2008). Respecto a la anorexia y bulimia se menciona que son trastornos con raíces culturales, ya que son más comunes en culturas que resaltan la delgadez como parte del ideal físico; comúnmente se dan más en el género femenino entre los 13 años y el inicio de los veintes, que pertenecen a clases socioeconómicas media o alta, jóvenes que pueden adquirir revistas de moda que muestran modelos sumamente delgadas (Jeffrey, 2008).

En cuanto a las situaciones de riesgo relacionadas con la sexualidad, la Encuesta Nacional de Valores en Juventud (2012) reveló que actualmente el 57.7% de los jóvenes ha tenido relaciones sexuales, en donde la edad

promedio de inicio es a los 17 años. De los adolescentes que tienen una vida sexual activa el 66.0% utilizan algún método anticonceptivo, mientras que el 32.4% no lo hacen, incrementando así la probabilidad de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual y embarazos no deseados. En donde la ENSANUT (2012) menciona que el 3.5 de los adolescentes se practicó al menos una vez la prueba para detectar el VIH, en cuanto al embarazo adolescentes el 51.9% alguna vez ha estado embarazada.

Con respecto a lo anterior es importante recordar que aunque la adolescencia es una etapa complicada debido a que durante su desarrollo los jóvenes sufren diferentes cambios tanto físicos, biológicos, psicológicos, sociales, cognitivos y sexuales, los cuales son variables en cada uno de los jóvenes, pues como ya se reviso a lo largo del capítulo cada quien vivenciará de forma diferente dicha etapa, pues se encuentran expuestos a diferentes culturas, familias, experiencias y a sus diferentes cuerpos.

Por lo cual es importante conocer cada una de las características de los adolescentes ya que durante el proceso se encontrarán con un sinfín de adversidades, las cuales en su mayoría serán resueltas sin mucho problema, sin embargo, existirán algunas otras que requerirán la atención de los padres, profesores, amigos, compañeros y hasta en algunos casos de algún profesional de la salud. Esto debido a que existen situaciones de riesgo que los llevarán a comprometer su salud, como lo son las adicciones a sustancias legales como el alcohol y el tabaco, también a sustancias ilegales como lo son la marihuana, el éxtasis, los inhalantes, entre otros; así como los trastornos alimenticios (obesidad, anorexia y bulimia); sin olvidar los riesgos de la sexualidad tal es el caso de las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Pues aunque la población adolescente no representa un índice de mortalidad alto, si no se tiene el apoyo y cuidados adecuados su salud se verá dañada durante su etapa adulta debido a los hábitos y estilos de vida inadecuados iniciados en la adolescencia, llevándolos a la muerte a temprana edad.

3. CARACTERIZACIÓN DE LAS ADICCIONES EN LA ADOLESCENCIA

3.1. Definición de adicción/comportamientos adictivos

Como ya se ha revisado en el segundo capítulo, la adolescencia es un periodo lleno de complejidad, en donde los jóvenes se verán expuestos ante un sin número de adversidades, entre las que figura como preocupación principal las adicciones, pues durante mucho tiempo diferentes áreas de estudio se han interesado en por dicho tema, tal es el caso de la medicina, la fisiología, la psiquiatría, la sociología, la psicología, la genética, entre otras; por lo cual, el tema ha podido ser abordado desde múltiples enfoques con el objetivo de darle solución, sin embargo, aún no se ha logrado erradicar el problema, al contrario solo ha crecido en magnitud.

Para comenzar nos remontaremos a 1964 año en que la OMS sustituyó el término adicción por dependencia, debido a que durante décadas se intentó diferenciar la adicción y la habituación; además de que se consideraba la adicción como un término antiguo y de uso variable, ya que mientras la organización lo definía solo como “una enfermedad con entidad propia, de un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable”, el término era empleado para referirse a otras situaciones ajenas a la relación de sustancias psicoactivas (OMS, 1994, p. 13).

A pesar de lo anterior, seguiremos empleando el término adicción como sinónimo de dependencia, ya que actualmente sigue siendo un término empleado tanto por los profesionales como por el público en general.

La adicción es definida por Serafino (1999, en Cantú y López, 2009), como una condición consecuencia del consumo repetido de sustancias naturales o sintéticas, en la cual la persona se vuelve dependiente física y psicológicamente de dicha sustancia. La dependencia física consiste en la adaptación del cuerpo a la sustancia, en cuanto a la dependencia psicológica tiene que ver con el estado en el cual el individuo se siente obligado a usar la

sustancia por sus efectos placenteros, aunque no tenga una dependencia física.

Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, y Uribe (2008) definen la dependencia patológica como el abuso de sustancias tóxicas, el cual producirá un fenómeno de tolerancia y un síndrome de abstinencia en caso de interrupción súbita. Reúnen los síndromes de dependencia como una unidad y consideran que en ellos se encuentran a la vez síntomas psicológicos (necesidad compulsiva, pérdida de control, reducción o incluso abandono de las actividades sociales habituales, etcétera) y síntomas físicos (vinculados a la abstinencia).

En 1994, la OMS definió a la dependencia como un estado de necesitar o depender de algo o de alguien, como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado a las drogas, el término se refiere a la necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia con el objetivo de encontrarse bien o de no sentirse mal. En el DSM-IV (2002) la dependencia se define como un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que experimenta un individuo debido al continuo consumo de una sustancia, a pesar de los problemas significativos que esto conlleva. Presentándose un patrón de repetida autoadministración, el cual generalmente lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

En la vigésima segunda edición del Diccionario de la Real Academia Española (2001), define adicción como la conducta de quien se permite ser dominado por el uso de alguna (s) drogas tóxicas, o por el apego desmedido a ciertos juegos. También cuenta con el término de dependencia, al cual define en el ámbito médico y psicológico como la necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para probar sus efectos o para calmar el malestar que produce su privación.

Cabe mencionar que las definiciones anteriores son empleadas para los trastornos producidos por el consumo excesivo de sustancias psicoactivas como lo son el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, entre otras. Con excepción de la definición de la RAE que considera dentro de la adicción solo algunos juegos. Sin embargo, de forma más reciente algunos investigadores se

han interesado por abordar otro tipo de adicciones como el juego patológico, la adicción al sexo, a la comida, el deporte, etcétera, adicciones que no encajan con las definiciones anteriores, ya que no se encuentran relacionadas directamente con alguna sustancia, sino que tienen que ver más con la conducta.

Para definir estas adicciones algunos autores se refieren a ellas como adicciones sin sustancias (o drogas), adicciones conductuales o psicológicas. En donde la definición más empleada es la de Echeburúa (1999, p. 18), quien menciona que es “la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar un equilibrio homeostático” en donde la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito conformarán el núcleo central de la adicción.

Algunos otros autores emplean el término de adicción, pero dentro de su definición consideran lo conductual, como González (2005) quien la define como un proceso que se constituye con la incapacidad o impotencia para controlar el uso excesivo de una determinada sustancia o una actividad repetitiva considerada como nociva, lo cual se encuentra en relación directa con la falta de autocontrol.

Valleur y Matysiak (2005) creen que la adicción surge en la persona que dedica su existencia a buscar efectos en su cuerpo y su espíritu por una sustancia más o menos tóxica o por una conducta como el juego, sexo, internet, entre otros, bajo el riesgo de padecer un malestar físico y/o psicológico intenso.

Por lo anterior muchos se preguntarán, entonces ¿Todos somos adictos? ¿Soy adicto a algo?, o quizás se sentirán bajo un enorme riesgo, y sí, todos corremos el riesgo de sufrir una adicción, como todos también podemos tener una vida plena y sana. Cabe mencionar que el juego, el sexo y otras conductas placenteras no son adictivas por si solas, sino que esto ocurre cuando el sujeto pierde de forma habitual el control mientras realiza una determinada conducta, además continúa con ella sin importar las consecuencias negativas, manifestando una dependencia hacia la misma, al no poder quitársela de la cabeza, verse desasosegado al no poder llevarla a cabo

de inmediato, sin olvidar la pérdida de interés por otro tipo de actividades que antes le resultaban gratificantes (Echeburúa, Becoña y Labrador, 2010).

Echeburúa (1999) menciona que los comportamientos adictivos se caracterizan por:

- Pérdida de control
- Dependencia psicológica
- Desinterés por otras actividades gratificantes
- Interferencia negativa en la vida cotidiana

Por otro lado, González (2005) considera que muchas adicciones comparten algunas propiedades como son: la euforia y placer, disforia y abstinencia, ansias (pulsión irresistible), tolerancia, dependencia de estímulos y de las creencias, daño objetivo, bloqueo, cambios de ánimo, deseo e incapacidad de dejarlo, negación, lucha por el control y recaída.

Puede ser que algunos investigadores discernan en cuanto a la definición y características de adicción o dependencia, pues está claro que no todas las adicciones son iguales, ya que a diferencia de las adicciones conductuales, las adicciones a sustancias alteran el funcionamiento cerebral, sin embargo, en ambos tipos de adicciones el individuo vive la dependencia característica de cada sustancia o conducta, pero sobre todo sufre la pérdida de su libertad.

3.1.1. Proceso de la adicción

Aunque cada una de las adicciones son diferentes, la mayoría de éstas comparten algunos elementos que constituyen su proceso:

Una vez que el individuo ha entrado en contacto con alguna sustancia, comenzará su uso esporádico cuándo, dónde y cómo quiera, dicho uso no traerá consecuencias negativas para el individuo ya que éste tendrá el control sobre la sustancia. Al continuar hacia el camino del abuso, la persona se encontrará cada vez más cerca de la dependencia, el abuso consiste en uso

reiterado de una sustancia a pesar de las consecuencias que esto conlleve (Giner y Cervera, 2001).

Durante el proceso se encontrará presente un fenómeno de suma importancia, conocido como tolerancia, que consiste en la adaptación del organismo a la sustancia, es decir, que el organismo de la persona ya no responde a la cantidad recibida y por lo tanto no brinda el efecto deseado, por lo que exige cantidades mayores para conseguirlo (Puentes, 2008).

Al seguir abusando de la sustancia, se desarrollara la dependencia, la cual se ha abordado con anterioridad, por lo que se debe distinguir que dentro de ésta existen dos tipos: la dependencia psicológica y la dependencia física, que es quizás la causa de controversias, pues si se aborda la dependencia desde el punto físico generalmente se descartan a las adicciones conductuales, las cuales sufren un proceso de dependencia psicológica, sin embargo no significa que algunas sustancias no generen dependencia psicológica, por lo cual es importante considerar ambos tipos.

La dependencia o adicción física a una sustancia es denominada como el hábito del organismo, el cual crea una necesidad física de una sustancia, en donde su ausencia repentina dará lugar a síntomas de abstinencia. Mientras que la dependencia psicológica es la necesidad subjetiva (psicológica) persistente, compulsiva, a veces dominante, por consumir una sustancia. Se menciona que la dependencia psicológica bien establecida puede ser más difícil de superar que la física, sobre todo si el individuo está tan involucrado con la sustancia que no puede seguir sin ella (Rice, 2000).

Otro elemento importante es la abstinencia, que se traduce en un conjunto de signos y síntomas cognoscitivos y fisiológicos, los cuales aparecen como consecuencia de la baja en la concentración de una sustancia en la sangre o en los tejidos de un individuo que ha detenido un consumo prologando de grandes cantidades de sustancias (APA, 2002). La forma más inmediata de suprimir los síntomas es volver a consumir la sustancia hasta por un día, sin embargo no es lo más óptimo, pues no resuelve la adicción.

Según Ruiz (2005) la intensidad de la abstinencia dependerá de diversos factores tales como:

- Sustancia
- Dosis
- Tiempo de interrupción
- Significado del consumo para la persona
- Características psicopatológicas del mismo
- Tolerancia al estrés
- Estado físico

Es importante señalar que cada una de las adicciones atraviesa por dicho proceso, sin embargo lo hará con sus características particulares, pues no todas las sustancias se asimilan de la misma forma, debido a su composición química, además de que cada uno de los individuos consume en cantidad y tiempo variable y del mismo modo, cada organismo es diferente.

En cuanto a las dependencias conductuales, cada uno de los elementos anteriores se atraviesa de forma diferente en relación a las dependencias de sustancias, pues el organismo no sufrirá la dependencia física de una sustancia, además de que en la abstinencia el individuo requerirá de un mayor tiempo para aliviar los síntomas, por ejemplo un comprador compulsivo o ludópata no sentirá alivio con algunas compras o con algunas horas de juego, sino que deben invertir varios días para calmar los síntomas de abstinencia.

3.2. Población vulnerable

En general, se considera que los adolescentes son una población sana. Sin embargo, la OMS (2013) señala que existen muchos jóvenes que pierden la vida a temprana edad a causa de accidentes, violencia, suicidios, complicaciones con el embarazo y enfermedades prevenibles y/o tratables. Por otro lado, es en dicha etapa donde la mayoría de las conductas y estilos de vida son adquiridos, por lo cual al llegar a la etapa adulta se consolidan muchas enfermedades. Tal es el caso de las adicciones tanto a sustancias y comportamientos legales como ilegales, además de las enfermedades de

transmisión sexual, cardiovasculares, etcétera, las cuales también causan muertes prematuras en la etapa adulta temprana.

Aunque es importante resaltar que las adicciones no distinguen edad, género ni raza, se considera a los adolescentes como una población vulnerable, debido a que durante dicha etapa los jóvenes atraviesan por cambios drásticos, en donde los factores psicológicos y del desarrollo pueden tornarlos más susceptibles, en especial cuando no pueden adaptarse y enfrentar los arrolladores cambios (Guerreschi, 2007). Lo cual es considerado un motivo importante para probar drogas (legales o ilegales) pues según los jóvenes, manifiestan que así se liberan de tensiones y ansiedades, además de que creen que escapan de sus problemas o pueden ser capaces de enfrentarse a ellos o resolverlos (Rice, 2000).

Tampoco se puede olvidar que los jóvenes se encuentran en una constante búsqueda, tanto de identidad como de respuestas a lo nuevo y desconocido, sobre todo buscarán disfrutar de nuevas experiencias. Según Cornellá (2009), durante la búsqueda de nuevas experiencias el adolescente sentirán una impulsividad desconocida, por lo cual minimizará los riesgos, para probarlo todo por sí mismo. Además, los jóvenes no se conformarán solo con las nuevas experiencias sino que sumarán a su búsqueda las sensaciones fuertes, para así satisfacer su necesidad de novedad o aventura. En donde Gómez et al., (2008) consideran que las sensaciones fuertes son buscadas conscientemente por la necesidad de alcanzar un mayor grado de estimulación y activación, para así recompensar las reacciones ante estímulos cotidianos.

Por otro lado, es bien sabido que los jóvenes son mayormente reconocidos por rebeldes, lo que reafirma su estadia como población vulnerable, pues se considera que muchos adolescentes comienzan el consumo de drogas como una forma de rebelarse, protestar y de expresar la insatisfacción que sienten hacia las normas y valores tradicionales (Rice, 2000).

Sin embargo, es importante destacar que cada uno de los individuos de dicha población se verán más o menos vulnerables a las adicciones a partir de diversos factores, como el gusto por las sensaciones fuertes, la búsqueda de

identidad, factores de índole social e incluso de protección por parte de los padres, lo cual los llevará a buscar su independencia que es también otro factor. Probablemente cada una de sus búsquedas llevarán a algunos jóvenes, no solo a estilos de vida poco saludables sino hacia el camino de las adicciones, aunque dependerá de la capacidad que tengan para controlar o moderar su conducta.

3.3. Factores de riesgo

Los factores que intervienen o mejor dicho que aumentan significativamente la probabilidad de que los jóvenes se inserten en el mundo de las adicciones son conocidos como factores de riesgo. Es fundamental que se conozcan y sean considerados como algo importante, ya que son una herramienta elemental para enfrentar y sobre todo prevenir las adicciones.

Para comenzar, se revisan los factores que Perinat et al., (2003) consideran que se encuentran relacionados con el consumo de sustancias, los cuales se dividen en tres rubros:

a) La sustancia:

Son los aspectos en relación con las sustancias que facilitan la decisión de consumo. Dentro de los cuales el ocio es considerado como un factor importante para aquellas sustancias que facilitan el aprovechamiento del tiempo, en donde además interviene la intensidad con la que se vive el ocio, pues se considera que así las sustancias son más atractivas para los adolescentes.

Por otro lado, se encuentra el valor social con el que cuentan determinadas sustancias o conductas, tal es el caso del alcohol que se ha convertido en indispensable de las fiestas o la marihuana, que se relaciona con libertad social y mejora de habilidades intelectuales.

b) El individuo:

Algunos de los factores se encuentran relacionados con la personalidad, apuntando a aspectos como la baja autoestima, la falta de habilidades de

enfrentamiento al estrés, la búsqueda de sensaciones y la impulsividad. Otros aspectos son la presencia de trastornos de conducta y la delincuencia.

Incluyendo también aquellos elementos que no son propios del individuo pero sí de la adolescencia, como lo son la rapidez con que se producen los cambios tanto biológicos, como psicológicos y sociales; el rechazo al mundo de los adultos, la necesidad de oponerse a estos y a sus normas; y para finalizar el atractivo por lo desconocido, el riesgo, etcétera.

c) El entorno:

Se cree que los elementos del entorno facilitan las primeras experiencias de consumo. Respecto al entorno familiar se refieren a las actitudes y hábitos de padres y hermanos, relaciones afectivas y estructura familiar; en cuanto al grupo social de pertenencia o grupo de iguales se relaciona con las actitudes del grupo, la percepción de consumo de los iguales, interacciones afectivas con el grupo. También se consideran las influencias macrosociales como lo son las disposiciones legales, accesibilidad y publicidad a las sustancias y el modelo de determinadas figuras sociales.

Por otro lado, Becoña, Vázquez y Lino (2001) y Peñaloza (2010) consideran distintos factores de riesgo:

- Familiares: la pobreza; vivienda deficiente; desempleo; malos tratos e indiferencia; conflictos, desorganización, psicopatología y estrés; padres y hermanos con comportamiento antisocial; familia numerosa; hogares rotos y separaciones tempranas.
- Emocionales e interpersonales: patrones psicológicos como poca autoestima, inmadurez emocional, temperamento difícil (elevada impulsividad); toma irracional de decisiones; incompetencia social y rechazo social.
- Intelectuales y académicos: inteligencia por debajo de la media, trastornos del aprendizaje y fracaso escolar.
- Entorno: amigos delincuentes; vecindario desorganizado y delincuencia; injusticias raciales, étnicas y de género.

- Acontecimientos de la vida no normativos: muerte prematura de uno de los progenitores y conflictos sociales (políticos, de estado o del país).

Por su parte, Todd (2008) reitera algunos factores ya revisados con anterioridad, tales como los socioeconómicos, educativos y de estructura familiar, sin embargo agrega otros como la depresión y la ansiedad; también la ignorancia, la cual aparentemente perpetúa los miedos, las frustraciones, las culpas y las incertidumbres.

Aunque cada uno de los anteriores factores de riesgo se encuentran relacionados con las adicciones a sustancias tanto legales como ilegales, algunos de los mismos pueden ser considerados también como factores de riesgo para las adicciones conductuales. A continuación se enlistaran los factores psicológicos que se considera se relacionan con las adicciones conductuales (Echeburúa et al, 2010):

Personalidad:

- Impulsividad
- Búsqueda de sensaciones
- Baja autoestima
- Intolerancia a los estímulos displacenteros
- Inadecuado estilo de afrontamiento de la dificultades

Emocional:

- Estado de ánimo disfórico
- Carencia de afecto
- Unión familiar débil
- Relaciones sociales pobres

Reiterando, algunos de los factores de riesgo considerados tanto para adicciones conductuales como para sustancias, pueden jugar un papel fundamental tanto para uno como para el otro tipo de adicción, pues como ya se había mencionado, no todas las adicciones son igual, por lo tanto tampoco los factores de riesgo, sin embargo algunos si son compartidos. Además se

debe recordar que no todos los factores influyen de la misma forma en cada una de las adicciones.

Como refieren Gómez et al, (2008) cada uno de los factores involucrados en la constitución de las adicciones son heterogéneos, múltiples, complejos y además están estrechamente vinculados entre sí. Por lo cual, sugieren que durante la búsqueda de la comprensión de cada uno de los fenómenos de la adicción, no se acuda a una sola perspectiva sino que se debe buscar ayuda desde un enfoque multidisciplinario.

3.4. Tipos de adicciones más frecuentes

Durante este capítulo se han revisado y definido los tipos de adicciones, por lo que ahora se describirán las adicciones más frecuentes entre los adolescentes y entre el público en general. Echeburúa et al, (2010) clasifican las adicciones en dos tipos y enlistan las variantes más comunes:

Psicológicas:

- Adicción al sexo
- Adicción a las compras
- Adicción a ejercicio físico
- Adicción al trabajo
- Adicción al celular
- Adicción al trabajo
- Adicción a internet
- Juego patológico

Químicas o a sustancias:

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Cocaína/anfetaminas
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas (cannabis, drogas de síntesis)

Algunas de las adicciones citadas por Echeburúa (1999) podrían ser desconocidas o incluso causar asombro, ya que cuando se habla de adicciones inmediatamente se piensa en sustancias como la marihuana, inhalantes, solventes, tabaco y alcohol, las cuales han ocupado durante años el primer lugar en la lista de preocupaciones de muchas de las sociedades desarrolladas. Sin embargo, como ya se observó, no son las únicas adicciones que existen y de las que los jóvenes pueden ser presos.

Por lo cual, comenzaremos por describir las adicciones químicas o a sustancias más comunes, iniciando por las de fácil acceso ya sea por su precio o porque son consideradas legales y que a pesar de ser legalmente exclusivas para personas mayores de edad, esto no se respeta y los jóvenes acceden a ellas sin mayor problema.

3.4.1. Adicción a las sustancias

Las sustancias consideradas dentro de este trabajo se refieren a aquellos fármacos o drogas que se introducen en el organismo humano y que pueden modificar una o más de las funciones de éste. Se consideran todo tipo de sustancias empleadas para aliviar enfermedades, mejorar o modificar funciones con fines útiles y positivos y aquellas con connotaciones negativas (Ruíz, 2005).

A continuación se revisarán las adicciones a sustancias más comunes, pero sobre todo aquellas que se encuentran más en contacto con los adolescentes:

3.4.1.1. Alcohol

El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervoso central, conocida químicamente como alcohol etílico o etanol, la cual se obtiene mediante la fermentación y destilación de productos agrícolas. El alcohol para consumo cuenta con distintas presentaciones como el vino, tequila, ron, whisky, vodka, entre otras. La forma en que se consume el alcohol es mediante

vía oral, absorbiéndose rápidamente por el torrente sanguíneo a través del intestino delgado (OMS, 2005).

El alcohol es la sustancia de la que más gustan los jóvenes, pues es la que más se consume durante fiestas y reuniones, pues aunque su venta se encuentra restringida para las personas menores de 18 años, usualmente no se respeta la ley y los jóvenes se las ingenian para conseguir la sustancia. Lo cual representa un problema, ya que un porcentaje considerable de jóvenes son adictos a dicha sustancia.

En el 2011a la ENA reportó que el 6.2% de los adolescentes sufren de dependencia al alcohol, porcentaje alarmante pues la población adulta registró un 6.6% en dependencia, lo cual sugiere que los adolescentes no solo inician el consumo de alcohol a temprana edad, sino que también muchos de ellos siendo muy jóvenes caen en la adicción. Cabe señalar que la ENA también reportó un aumento significativo en el porcentaje de dependencia ya que en el 2008 se encontraba en un 4.6%.

La adicción o dependencia al alcohol mejor conocida como alcoholismo es definida por la OMS (1994) como el consumo crónico y/o periódico del alcohol, caracterizándose por un deterioro en el control del consumo de la bebida, obsesión por la misma, episodios repetidos de intoxicación y sobre todo el consumo a pesar de las consecuencias negativas.

Rice (2000) considera que el alcoholismo es la dependencia al alcohol, la cual consiste en beber compulsiva y excesivamente, a partir de lo cual se generará un daño funcional. Menciona que algunos alcohólicos consumen grandes cantidades diariamente, mientras que otros solo lo hacen los fines de semana, algunos otros alternan entre periodos de sobriedad con otros de consumo ya sea durante el día, durante semanas o meses.

Lo anterior no significa que las personas que sufren dependencia al alcohol no experimenten la abstinencia, sino que cada uno de ellos crea su propio patrón de consumo. Los síntomas más frecuentes de la abstinencia en esta sustancia consiste en temblores, náuseas, sudoración profusa, vómitos, alucinaciones, ansiedad, colusiones e insomnio (Giner y Cervera, 2001). Los

síntomas de la abstinencia pueden provocar un malestar clínicamente significativo deteriorando las actividades laborales, sociales, escolares y de otras áreas importantes de la vida cotidiana de la persona.

En cuanto a las consecuencias dañinas que conlleva la dependencia al alcohol, se encuentran (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2004):

Enfermedades hepáticas:

- Dilatación del hígado (inflamación).
- Hepatitis alcohólica.
- Encefalopatía hepática.
- Cirrosis.

Alucinaciones:

- Auditivas (Voces).

Lesiones cerebrales:

- Daños en la atención y memoria.
- Amnesia.
- Convulsiones (alteración de neuronas motoras).

Enfermedades del corazón:

- Colesterol alto.
- Cardiopatías.
- Arritmia cardíaca.
- Muerte cardíaca.

Enfermedades del estómago:

- Gastritis.
- Esofagitis
- Úlceras.
- Hemorragias

Enfermedades del páncreas:

- Secreción de jugos digestivos en el páncreas.
- Pancreatitis.

Dificultades sexuales:

- Disfunción eréctil.
- Esterilidad.
- Atrofia testicular.
- Frigidez
- Alteración en el ciclo sexual.

También se encuentran otras consecuencias como los accidentes: caídas, atropellamientos, lesiones o del tipo automovilístico. También puede presentarse malnutrición, depresión y cáncer.

Lo anterior podría ser considerado por muchos como un panorama exagerado, como algo que solo le sucede a algunas personas, como el hombre de la esquina que se embriaga a diario y que incluso consume el alcohol que venden en las farmacias, sin embargo se debe tomar en cuenta que el consumo de alcohol también tiene consecuencias a corto plazo, las cuales pueden ocurrir en minutos e incluso horas dentro de las cuales se podrían tener relaciones sexuales sin protección y contraer alguna enfermedad de transmisión sexual o embarazarse, también podrían iniciar una riña, incluso tropezar o empujar a alguien y herirlo o herirse grave o mortalmente.

3.4.1.2. Tabaco

El tabaco viene de una planta originaria de América, proveniente de la familia de las Solanáceas del género Nicotina, el cual es el principio activo más importante considerado como el responsable de la dependencia al tabaco, la cual es conocida como tabaquismo (Ruiz, 2005). Esta sustancia puede ser comercializada en forma de chicles, polvo, puros, parches y cigarrillos, presentación más común entre los consumidores.

Actualmente el tabaco es considerado un tema importante de salud mundial, pues la OMS (2013) reporta un total de casi 6 millones de personas muertas al año a causa del tabaco, de las cuales más de 600 000 no son fumadoras pero si se encontraban expuestas al humo del tabaco, por lo cual ya se considera una epidemia mundial. Es por esto que la OMS ha decidido implementar algunas acciones como el celebrar cada año, específicamente el 31 de mayo el “Día Mundial Sin Tabaco”, el cual tiene como objetivo dar a conocer los riesgos de salud asociados al consumo de dicha sustancia, además de promover políticas eficaces para reducir su consumo, al mismo tiempo que se prohíbe la publicidad, promoción y patrocinio.

Se considera que el tabaco es perjudicial para la salud, por sus componentes tales como (Giner y Cervera, 2001):

- La nicotina
- El monóxido de carbono
- Sustancias carcinógenas: hidrocarburos aromáticos policíclicos (benzopireno el más dañino).
- Sustancias irritantes: fenoles, benzoquinona, aldehídos y ácido cianhídrico.

El consumo del tabaco se encuentra ligado prontamente con una dependencia física, ya que ésta se establece un corto periodo de tiempo. En cuanto a la dependencia psicológica se da a causa del consumo regular de la sustancia, la cual se encuentra reforzada por las asociaciones que el fumador realiza en sus actividades cotidianas (continuas y repetidas) tal es el caso del acto de defecar asociado con el consumo con el tabaco, quitar el frío, reducir el estrés, entre otras, en donde dichas asociaciones resultan ser un recurso psicológico efectivo (Ruiz, 2005).

A partir de dichas asociaciones, el consumo del tabaco se verá regulado, de tal forma que el organismo mantenga niveles efectivos, lo cual se traduce en tolerancia. Con respecto a la abstinencia ésta se expresará a partir de los siguientes síntomas, establecidos por el DSM-IV (APA, 2002):

- Estado de ánimo disfórico o depresivo

- Insomnio
- Irritabilidad, frustración o ira
- Ansiedad
- Dificultades de concentración
- Inquietud o impaciencia
- Disminución de la frecuencia cardíaca
- Aumento del apetito o del peso

Ruiz (2005) y Rice (2000) consideran algunos otros síntomas en la abstinencia del tabaco, tales como el nerviosismo, aturdimiento, cefalea, náuseas, estreñimiento o diarrea, sudoración, fatiga, disminución de la tensión arterial, espasmos, temblores y palpitación.

Como cualquier otra adicción, el tabaquismo trae consecuencias negativas en la salud de las personas, tanto de aquellos que lo consumen como de quienes se encuentran en contacto con el humo del cigarro de los fumadores.

Las enfermedades y trastornos provocados por el consumo del tabaco, generalmente se encuentran relacionadas con la función respiratoria, entre las que según Tapia-Conyer (1994) se encuentran:

- Bronquitis crónica
- Hipoxemia
- Emfisema
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Broncoconstricción

Cáncer

- Pulmón
- Laringe
- Boca
- Esófago

Mayor probabilidad de desarrollar cáncer

- Vejiga
- Páncreas
- Cuello uterino

Enfermedades cardiovasculares

- Enfermedad coronaria
- Arritmia
- Cardiopatía isquémica
- Infarto al miocardio

Enfermedades gastrointestinales

- Acidez estomacal
- Gastritis
- Esofagitis
- Úlcera péptica

Otras enfermedades

- Enfermedad oclusiva arterial periférica
- Enfermedades cerebrovasculares (causa de muerte o discapacidad)
- Problemas dermatológicos

3.4.1.3. Drogas ilícitas

En la actualidad las drogas ilícitas son temas controversiales, tanto para los gobiernos como para la sociedad en general, ya que hay muchas personas que consideran que son benéficas o menos perjudiciales que el alcohol o el tabaco y por otro lado hay quienes se encuentran total y absolutamente en contra de dichas sustancias.

Más allá de estar a favor o en contra del uso o legalización de las drogas ilícitas, se debe considerar algo de suma importancia, algo que muchas personas deciden ignorar o minimizar, sin embargo, es algo que deberíamos

considerar como primordial en la vida, y eso es la salud. La salud es fundamental en la vida de todo ser humano, ya que sin ella, solo se encuentran adversidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, los gustos, los sueños e ilusiones.

Es innegable que las drogas atentan contra la salud del ser humano, debido a que dichas sustancias no solo son perjudiciales para el organismo de quien las consume, sino también para los demás, pues son sustancias que producen estados en donde se atenta contra el bienestar de las personas, pues tanto los consumidores se exponen a situaciones riesgosas como exponen a las demás personas, ya que en dichos estados pueden suceder un sinnúmero de accidentes que podrían provocar en el peor de los casos la muerte.

Es bien conocido el problema que existe con las drogas ilícitas, no solo en México sino en muchos otros países también, pues estas sustancias traen como consecuencia miles de muertes debido al tráfico y a su uso indebido. Dentro del grupo que integran las sustancias ilícitas se encuentran: la marihuana, heroína, cocaína, LSD, éxtasis, anfetaminas, hongos alucinógenos, entre muchísimos otros, las sustancias anteriores no son ni la mitad de las drogas que existen, ya que los traficantes se han encargado de aumentar la lista.

A partir de lo anterior, cabe mencionar que aunque no se mencionen, ni se aborden el resto de las sustancias, no significa que no son importantes o que son menos dañinas para la salud de las personas, es solo que no son comúnmente consumidas por los adolescentes, dicha población emplea sustancias como la marihuana y la cocaína, aunque esta última la consumen solo un pequeño porcentaje de los jóvenes.

- Marihuana

El cannabis que es mejor conocido como marihuana, sin embargo en el mundo de los jóvenes dicha sustancia ha adquirido un sinnúmero de términos los cuales se utilizan para mantener en el anonimato la portación, distribución o

consumo de la sustancia, emplean términos como hierba, grifa, café, mota, orégano, churro, ganja o Mary Jane, entre muchos otros.

Según la OMS (1994), el término marihuana es de origen mexicano, el cual se empleaba en un principio para referirse al tabaco barato el cual era mezclado con cannabis. La marihuana se genera a través de las hojas secas de una planta salvaje del cáñamo, la cual se desarrolla en prácticamente todo el mundo y que tiene como principal ingrediente activo el THC-delta 9, pero contiene también más de 60 componentes llamados cannabinoides (Rice, 2000).

La marihuana es considerada como la más consumida a nivel mundial, se calcula que entre 130 y 190 millones de personas la utilizan al menos una vez al año, y aunque se considera que estas cifras no son muy significativas desde el punto de vista de la adicción, no dejan de ser importantes (ONU, 2013). Por otro lado, en México en el 2011b, la ENA reportó que el 1.3% de los adolescentes consumen marihuana, porcentajes que podrían no ser significativos, sin embargo, definitivamente son datos que no pueden ignorarse ya que dicha sustancia no deja de ser un peligro para la salud del ser humano en general.

Es bien sabido que la marihuana es una de las sustancias que más controversia causa, pues se considera benéfica por cuestiones de salud, políticas, económicas e incluso de seguridad y educación. Muchos de sus consumidores consideran que no causa adicción, argumentos que tienen su origen a causa de la variabilidad del contenido de THC-delta 9 en las diferentes variedades de las plantas, de las partes y de las preparaciones (Rice, 2000), es decir, que en una X cantidad de marihuana existirá una baja o alta cantidad de THC-delta. Por lo que debido a estas variantes, específicamente mediante el consumo los usuarios de dicha sustancia creen que no genera dependencia. Lo cual no significa que no exista la dependencia al consumo de marihuana, sino que ésta no solo se presentará como causa de las altas dosis del THC, además intervendrá el consumo compulsivo.

También se debe considerar la dependencia psicológica que se generará a lo largo de un periodo de tiempo y que difícilmente se podrá romper.

Aunque los consumidores de la marihuana también experimentan tolerancia, lo que los lleva a ingerir dosis cada vez mayores sin presentar efectos desagradables (OMS,1994), lo cual tampoco es signo de que se puede consumir la marihuana sin ninguna consecuencia, al contrario son datos que permiten dar cuenta que tanto la sustancia como sus efectos y consecuencias cuentan con variaciones, en donde los usuarios de la sustancia básicamente se encontrarán en un campo minado, pues la marihuana no es una sustancia que se pueda controlar.

Es tan real la dependencia a la marihuana, que al interrumpir el consumo excesivo las personas adictas experimentan el síndrome de abstinencia que incluye síntomas de irritabilidad, inquietud, aumento de temperatura, disminución del apetito, trastornos del sueño, sudoración, temblores, náuseas, vómitos y diarrea (Larger y López, 2002).

También es una realidad que la adicción a la marihuana tiene efectos dañinos, pues como se ha observado no es una sustancia tan inocente como muchos consideran, entre los efectos nocivos se encuentran (Martínez et al, 2004):

- Alteración en el ciclo menstrual de las mujeres, ya que el THC produce un cambio en la secreción de la hormona FSH (folículo estimulante), hormona luteinizante (LH) y la prolactina.
- Disminución de la producción de la testosterona.
- Disminución de la libido.
- La bronquitis y el asma a causa de la irritación del humo
- Urticaria crónica debido a que la marihuana puede estar contaminada con sustancias químicas venenosas, situación que también explica algunos casos de asma.
- Daño en el cerebro, específicamente en la corteza prefrontal: razonamiento, juicio, toma de decisiones y el cerebelo donde afecta la coordinación motora.
- Cáncer como consecuencia de la inhalación de elementos cancerígenos.

Larger y López (2002) consideran algunos otros efectos de la marihuana:

Sistema respiratorio:

- Trastornos obstructivos (EPOC)
- Tos crónica
- Rinofaringitis
- Sinusitis

Sistema neurológico:

- Hiperreflexia, nistagmus, incoordinación
- Crisis convulsivas en pacientes predispuestos

Sistema endocrino:

- Alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario
- Disminución de la hormona del crecimiento

Sistema nervioso:

- Pseudoalucinaciones
- Sopor, somnolencia y letargo
- Pérdida de la capacidad de concentración
- Cefaleas

Sistema inmunitario

- Alteración en la inmunidad celular
- Infecciones

Otros:

- Depresión
- Crisis de ansiedad
- Psicosis
- Delirio

- Abandono de su persona, higiene, relaciones sociales, escuela y proyectos.

Por lo anterior, se puede afirmar que la marihuana no es una sustancia inofensiva y tampoco menos perjudicial que sustancias como el alcohol y el tabaco, pues es muy regular escuchar que los jóvenes defienden su consumo con argumentos como “es menos dañino que el cigarro o el alcohol” “es natural y lo natural no hace daño”, “hace más inteligente”, “es verde, es vida”, sin embargo esto no es verdad, pues conlleva diversas consecuencias negativas. Puentes (2008) la considera como una droga traidora, especialmente para los jóvenes, ya que se verán deteriorados luego de muchos años, cuando se haya producido un empobrecimiento emocional y deterioro de la personalidad.

- Cocaína

La cocaína, es un poderoso estimulante del sistema nervioso, que se obtiene de las hojas del árbol *Erythroxylon coca*, es una sustancia que usualmente se aspira intranasalmente, se inyecta intravenosamente o se fuma (OMS, 2005).

No es tan común que los jóvenes usen dicha sustancia, sin embargo la ENA (2011b) reportó que un 0.4% de adolescentes la consume, sin embargo como ya se mencionó anteriormente, es en esta etapa donde se adquieren hábitos y estilos de vida inadecuados, por lo que se considera el momento oportuno para evitar la adicción a la cocaína en la etapa adulta.

Usualmente para su consumo de la cocaína se emplean tres formas distintas:

1. Hojas de coca: solo se requieren de las hojas del árbol humedecidas por la saliva y en ocasiones mezcladas con una sustancia alcalina, absorbiéndose por la mucosa oral (Puentes, 2008).
2. Clorhidrato de cocaína: conocida más popularmente como polvo, blanca, frula, mandanga, la novia. Formada por la sal de la cocaína y ácido clorhídrico, aunque generalmente se encuentra adulterada con diversos azúcares o anestésicos locales. Su consumo puede ser intranasal o

intravenosa, ésta también puede ser consumida junto con el alcohol, la marihuana y el tabaco (OMS, 1994).

3. Cocaína base: se obtiene de la mezcla del clorhidrato de cocaína con una solución base como amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato de sódico, después de disuelve con éter y se deja que se evapore. Existen dos formas (estados físicos diferentes) en las que se consume: la primera consiste en inhalar los vapores de la base libre, extraída con solventes volátiles a altas temperaturas, mientras que la segunda forma es el crack o rock, un estado de la cocaína que se obtiene añadiendo amoníaco. Se presentan como gránulos con aspecto de porcelana, que se inhalan en recipientes calientes. El crack es considerado como algo benéfico para el traficante y algo terrible para el adicto, ya que produce una fuerte dependencia psicológica (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003).

El DSM-IV (APA, 2002) refiere a la cocaína como un estimulante del sistema nervioso central, que posee poderosos efectos de euforia los cuales pueden dar lugar a la dependencia después de su consumo durante corto tiempo, esto debido a que los efectos de dicha sustancia duran alrededor de 30 a 50 minutos, requiriendo de dosis cada vez más fuerte para obtener y mantener su efecto. La tolerancia no solo se traducirá en el aumento de la dosis, sino también en la frecuencia y/o cambio de la vía de administración. En un momento determinado la cocaína dejará de proporcionar o escasearan los efectos placenteros para el individuo, sin embargo, éste seguirá su consumo con tal de evitar el síndrome de abstinencia (Becoña y Vázquez, 2001).

Los síntomas de abstinencia de la cocaína han sido descritos por varios autores, entre los que destacan Gawin y Kleber (1986, en Sociedad Española de Toxicomanías, 2006) quienes propusieron tres fases:

- Fase 1. Conocida como *crash* (abstinencia aguda) y que aparece después del uso: *craving* (deseo fuerte de droga), depresión, agitación, cansancio y sueño.
- Fase 2. Esta dura algunos días y presenta síntomas como: irritabilidad, ansiedad, desmotivación, *craving* y disminución de placer.

- Fase 3. Dura meses y hasta años: el *craving* aparecerá en situaciones que le recuerden el uso de la droga y síntomas depresivos.

Más recientemente, el DSM-IV (APA, 2002) incluye dentro de los síntomas de abstinencia: fatiga, sueños vividos y desagradables, insomnio o hipersomnias, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotor. Becoña y Vazquez (2001) consideran algunos otros síntomas como el aislamiento social, disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria, además de dolores gastrointestinales.

Desde el inicio de su consumo, la cocaína produce síntomas desagradables para el consumidor, los cuales no se comparan con la serie de complicaciones que trae consigo la adicción, a sistemas como (Lorenzo et al, 2003):

Cardiovascular

- Arritmias cardíacas
- Isquemia miocárdica
- Miocarditis y miocardiopatía
- Endocarditis
- Rotura y disección aórticas

Respiratorio

- Perforación del tabique nasal
- Hiposmia
- Quemaduras de laringe o tráquea
- Edema agudo de pulmón
- Inflamación
- Barotrauma

Neurológicas

- Ictus (accidente cerebrovascular, apoplejía)
- Cefalea, puede ser vascular, migrañoide o en racimos.
- Crisis convulsivas

- Síndrome de hipertermia maligna

Muscular

- Rabdomiólisis (necrosis del músculo estriado)

Gastrointestinales

- Úlceras gastroduodenales
- Neumoperitoneo
- Colitis isquémica
- Isquemia intestinal crónica

Hepáticas:

- Isquemia hepática
- Hepatitis tóxica

Piel y faneras

- Madarosis (caída de pestañas)
- Ulceraciones isquémicas
- Síndrome de Magnum

Endocrino

- Hiperprolactinemia
- Priapismo

Otros

- Disfunción sexual intensa tanto en hombre como en mujeres
- Amenorrea
- Cáncer
- VIH/SIDA (jeringas contaminadas)
- Trastornos psiquiátricos

Debido a que la cocaína es una sustancia versátil, ya que puede ser consumida por diversas formas y vías, trae consigo el sinfín de complicaciones, no solo para la salud, sino también afecta en un corto tiempo la economía, la

familia y el trabajo de quienes la consumen. Generalmente la cocaína se encuentra relacionada principalmente con personas de clase media y alta, sin embargo actualmente se han relacionado casos de jóvenes con la sustancia, quizás debido a la asociación que tiene con la posibilidad de un mayor logro de prestigio y relaciones sociales en ambientes recreativos o simplemente por consumir algo nuevo que los lleve a experimentar efectos más poderosos que los brindados por la marihuana y el alcohol.

3.4.1.4. Sustancias volátiles

Los disolventes o solventes volátiles, son sustancias químicas en forma de gases o líquidos que se evaporan a temperatura ambiente, estas sustancias son diseñadas para usos domésticos o industriales, sin embargo, desde hace algún tiempo, las personas los emplean para obtener efectos psicoactivos, especialmente son empleados por los adolescentes y niños. Dichas sustancias son conocidas como inhalantes ya que precisamente el consumidor las inhala por la boca y la nariz (OMS, 1994).

Existe un sinnúmero de inhalantes, a los cuales los jóvenes pueden recurrir sin mayor problema, ya que muchos de los productos de uso cotidiano, pueden contener las siguientes sustancias químicas y ser empleados para intoxicarse: acetato, benceno, tetracloruro de carbono, ciclohexano, éter, cloroformo y varios alcoholes, cetonas, acetonas, nafta, tolueno, metano, perclorotileno, tricloroetileno y tetracloroetileno (Ruiz, 2005).

La Sociedad Española de Toxicomanías (2006) clasifica las sustancias volátiles y los productos donde se encuentran:

Sustancias químicas

- Adhesivos:
 - Tolueno y/o etilacetato: en pegamento para aviones y otras aplicaciones.
 - Hexano, tolueno, cloruro de metilo, acetona, metiletilcetona y/o metilbutilcetona: en cemento caucho.
 - Tricloroetileno: cemento PVC.

-
- Aerosoles:
 - Pintura en spray
 - Spray para el cabello
 - Desodorantes
 - Butano, propano, fluorocarbonos, tolueno y otros hidrocarburos: en ambientadores.
- Limpiadores
 - Quitamanchas
 - Tetracloroetileno y/o tricloroetano: en desengrasantes
- Combustibles de motores (gasolina), lámparas (queroseno), gaseosos (butano, isopropano).
- Correctores de tinta
 - Tricloroetileno o tricloroetano
- Desodorantes ambientales y poppers
 - Nitritos de isoamilo e isobutilo
- Disolventes
 - Acetona: quita esmaltes.
 - Tolueno, cloruro de metileno, metanol y/o butirolactona: en decapantes y disolventes de pinturas.
- Extintores de incendios (bromoclorofluorometano)
- Productos alimentarios
 - Oxido nitroso: dispensadores de cremas.
- Medicamentos
 - Analgésicos y spray broncodilatador (fluorocarbonos)
 - Anestésicos
 - Oxido nitroso: en gases.
 - Halotano, enflurano, cloruro de etilo: líquidos.
- Vasodilatadores (nitritos)

El consumo de disolventes no es reciente, pues se cuentan con registros históricos que refieren el empleo de sustancias inhaladas con el objetivo de alterar los estados de conciencia, tal es el caso de los oráculos de Delfos, quienes inhalaban el dióxido de carbono emanado por rocas volcánicas para

obtener un estado de trance. En el siglo XIX se puso de moda el uso del óxido nítrico, cloroformo y éter (Lorenzo et al, 2003), a finales del mismo siglo se creó con fines anestésicos el óxido nítrico, conocido mejor como “el gas de la risa” para fines recreacionales.

Ya desde hace mucho tiempo los jóvenes recurrían a estas sustancias, por ser una “droga” barata y fácil de conseguir. La Sociedad Española de Toxicomanías (2006) reporta que desde 1983 hasta el año 2001 prevalecía el abuso de inhalantes en edades de entre 9 y 19 años, en donde Brasil contaba con el primer lugar de consumo, seguido por México.

En la actualidad, el consumo de inhalantes en México se considera relativamente bajo, pues con los resultados de la ENA (2011b) se pueden ubicar en el tercer lugar de las drogas ilícitas, después de la marihuana y la cocaína, los inhalantes son ingeridos por un 0.6% de la población adolescente. Sin embargo, en los últimos años surgió un fenómeno que aumentó el consumo de dicha sustancia en los adolescentes, lo cual probablemente sea el resultado de una experimentación pasajera o la moda de un grupo juvenil.

Dicho fenómeno se encontraba encabezado por grupos de adolescentes, autodenominados “reguetoneros”, específicamente de nivel secundaria y bachillerato. Los jóvenes asistían y organizaban reuniones llamadas “perreos”, en donde definitivamente no se divertían de forma sana, pues para su consumo y con fines recreativos se impregnan estopas con tolueno (PVC), mejor conocidas como “monas” las cuales podrían ser de colores y de sabores, con un costo de tan solo \$5 (Poy, 2012, 13 de Octubre). El fenómeno de los reguetoneros fue documentado solo por algunos investigadores en el campo de la psiquiatría y expuesto por algunas publicaciones periodísticas y noticieros por lo que se considera que dicho tema requiere de una investigación más profunda y especializada.

Según el DSM-IV (APA, 2002) los inhalantes no cuentan con algunos de los criterios requeridos para la dependencia y otros requieren ser más ampliamente aclarados. Por otra parte, menciona que se ha descrito un posible síndrome de abstinencia leve; su consumo puede causar el abandono o

disminución de las actividades cotidianas. Considerando el consumo en solitario como algo de gravedad.

La Sociedad Española de Toxicomanías (2006) menciona que la abstinencia por inhalantes inicia entre 24 y 48 horas después de finalizar el consumo, con una duración de 2-5 días, con síntomas que incluyen alteraciones del sueño, temblores, irritabilidad, diaforesis, náuseas e ilusiones pasajeras. También menciona que se han descrito síntomas específicos para algunas sustancias, como la gasolina que causa irritabilidad, enlentecimiento psicomotor, anhedonia, bostezos, disipnia, craving y aumento del lagrimeo. El tolueno que presenta fatiga, amnesia y dificultad de concentración. Parece ser que en lo que respecta a inhalantes no se ha documentado correctamente o carece de importancia clínica, por lo que la dependencia de inhalantes no incluye un síndrome de abstinencia característico.

Lo anterior puede ser a causa de las diferentes sustancias que entran en el grupo de volátiles, sin embargo, si se tienen en cuenta las consecuencias negativas que conlleva la dependencia a inhalables, aunque cabe mencionar que desde el primer consumo generan grandes daños al organismo humano. Lorenzo et al, (2003) mencionan las complicaciones más frecuentes a causa del abuso crónico:

Lesiones cutáneas

- Desecación de la piel y mucosa perioral
- Piodermas perinasales
- Faringitis

Daños en el sistema nervioso central

- Ataxia disartria
- Daño sensorial (visual y auditivo)
- Movimientos incontrolados
- Alucinaciones
- Paranoias
- Parestesias

- Neuropatías periféricas

Trastornos digestivos

- Dolor abdominal
- Hematemesis

Daño hepático

- Hepatitis
- Cirrosis

Trastornos musculares

- Pérdida de masa muscular
- Debilidad muscular (hipopotasemia e hipofosfatemia)
- Rabdomiolisis
- Miocardio

Daño renal

- Insuficiencia renal aguda (necrosis tubular)
- Insuficiencia renal crónica
- Síndrome hepatorenal
- Síndrome de Fanconi
- Nefrolitiasis
- Síndrome nefrótico

Alteraciones hematológicas

- Anemia
- Leucopenia
- Leucocitos
- Trombocitopenia
- Trombocitosis
- Hiperplasia o hipoplasia
- Leucemias
- Linfomas

- Mielomas múltiples

Alteraciones al sistema inmunológico

- Glomerulonefritis
- Síndrome de Goodpasture

Otros (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006).

- Trastornos psicóticos
- Trastornos ansio depresivos (cambios en el estado de ánimo, ansiedad, síndrome amotivacional y suicidio).
- Cambio de personalidad (neuroticismo, disfunciones, alteraciones en el control de impulsos).
- Déficit y deterioro cognitivo (neuropatías, síndromes cerebelosos, encefalopatía).

Por lo anterior, es claro que las sustancias volátiles son bastante perjudiciales para la salud, por lo que resulta extraño el fácil acceso que se tiene a ellas, esto debido a que solo existen algunas normas o leyes que prohíben su venta a menores de edad, las advertencias en las etiquetas y el control establecido para uso industrial y laboral, lo cual no parece funcionar adecuadamente.

Desafortunadamente no se puede tener un control estricto de estas sustancias, en general, es difícil tener el control de cada una de las sustancias químicas (legales o ilegales) que se consumen, tampoco se pueden prohibir y retirar del mercado, pues existen intereses económicos y sociales que lo impiden y mucho menos negar su existencia, sin embargo si se puede advertir a los jóvenes de cada una de las consecuencias que trae su consumo, pues no solo la salud se ve perjudicada, sino la vida en general ya sea a nivel personal, laboral, familiar y social, además de que durante los efectos de las sustancias los individuos pueden cometer actos ilícitos o ser presa fácil de los mismos, también corren el riesgo de contraer algunas enfermedades como el VIH/SIDA y algunas otras de transmisión sexual y hasta la muerte.

En el caso de los adolescentes, estarán incurriendo en una falta o delito tan solo por poseer algunas de las sustancias químicas, tal es el ejemplo de la portación de marihuana, que amerita la privación de la libertad del joven, por lo menos en un lapso de 48 horas, lo cual variara a partir de la cantidad con la que se le haya encontrado y el objetivo de su portación (tráfico o consumo). Los adolescentes por si solos son una población bastante vulnerable, pero bajo los efectos de alguna droga legal o ilegal, se encuentran bajo un gran riesgo, por lo cual, se considera importante que los jóvenes cuenten con la información suficiente y adecuada de las sustancias, cada una de las consecuencias que tiene el consumo de sustancias químicas.

3.4.2. Adicciones conductuales

Como ya se ha mencionado, dentro de las adicciones o dependencias conductuales no interviene ninguna sustancia química, la cual altere el funcionamiento cerebral, sino que el objeto de la dependencia es una conducta, la cual generalmente es socialmente aceptada tal es el ejemplo del ejercicio, las compras, el juego o la comida, entre otras.

Básicamente cualquier actividad normal que forme parte del desarrollo de la vida cotidiana de cualquier ser humano se puede convertir en una dependencia, esto debido a que algunas personas asumen características patológicas hacia alguna actividad, es decir que no es la conducta la que genera adicción, sino la relación que el sujeto establece con ella (Guerreschi, 2007).

Otra diferencia entre la dependencia a sustancias y la dependencia conductual es el síndrome de abstinencia, pues a diferencia de la dependencia a sustancias en la conductual el individuo no aliviara su malestar con tan solo una dosis, sino que podrá pasar mucho tiempo para que esto suceda, por ejemplo, podrían pasar horas e incluso días para que una persona adicta al juego o a las compras alivie el síndrome de abstinencia (Echeburúa et al, 2010).

A causa de que cualquier conducta podría convertirse en adicción es difícil realizar una clasificación precisa de las adicciones conductuales, pues

recordemos que cualquier conducta o actividad placentera puede convertirse una dependencia, por lo que a continuación revisaremos las dependencias conductuales más comunes:

3.4.2.1 Sexo

La adicción al sexo puede ser considerada dentro de las que se definen como dependencias conductuales, se sugiere como una posibilidad ya que existen discrepancias al considerar al sexo como una dependencia, pues según Alonso-Arbiol (2005) autores como Fischer consideran que más que una adicción, es un trastorno obsesivo compulsivo (TOC), mientras que otros como Barth, Kinder, Quadland y Shattels lo consideran como un trastorno de control de los impulsos. Dichas discrepancias se ven reflejadas en los diferentes nombres que recibe el tema, tales como dependencia sexual, compulsividad sexual, trastorno atípico del control del impulso, falta de control sexual o impulsividad sexual. Sin embargo, existen algunos investigadores que consideran la dependencia al sexo como una realidad, por lo que a continuación se revisarán algunas las aportaciones en relación al tema.

La primera vez que se describió la adicción sexual, fue en 1983 en un libro titulado *Out of the shadows: understanding sexual addiction* del psicólogo americano Patrick Carnes, quien considera que la adicción sexual es la incapacidad de controlar adecuadamente la conducta sexual, sin caracterizarse por las antiguas perversiones sexuales o parafilias, ni solo por el exceso de actividades sexuales convencionales. A partir de la analogía de adicción a sustancias, considera que la adicción sexual es una conducta patológica, la cual perdura en el individuo a pesar de las consecuencias negativas, algunas de las que podrían ser severas. El adicto sexual sacrificará su trabajo, situación económica, la pareja y la salud física a esta necesidad (González, 2005).

Para Echeburúa (1999) la adicción al sexo es una obsesión de la que es difícil desprenderse, en donde el acto sexual es como un remedio que se lleva a cabo más por reducir un malestar que por la obtención de placer. Que al ser empleado para reducir la ansiedad, el sexo se transforma en el algo morboso y obsesivo, comprometiendo gravemente el funcionamiento cotidiano.

Cantelmi (2004, en Guerreschi, 2007) considera que la adicción sexual es la relación enferma de una persona con el sexo, mediante la cual se alivia el estrés, escapa de sentimientos negativos y dolorosos. Convirtiendo la relación sexual en una necesidad fundamental y parte de un ciclo de pensamientos, sentimientos y acciones que no puede controlar, además de que considerará a las personas como objetos de uso.

Por otro lado, la adicción al sexo, referida por Cañas (2004) como sexoadicción o sexodependencia, consiste en la transformación de lo sexual como genitalidad o placer autonomizado, consecuencia de una carencia afectiva y de sentido de vida. Siendo una auténtica búsqueda de la felicidad, en donde el sexoadicto buscara el placer autonomizado como una salida equivocada y obsesiva para la reducción de la ansiedad, pues desconoce que al caer en las apetencias sexuales inmediatas, perderá su libertad interior. Pues la constante estimulación sexual elevará cada vez más el umbral de excitación, lo cual llevará a buscar mayores estímulos sexuales (tolerancia biológica), produciendo así variaciones en las experiencias sexuales, es decir probará de todo, y el contacto con otras sustancias o conductas adictivas.

Entre la diversidad experiencias sexuales de una persona sexodependiente se encuentran: masturbación y copulación compulsiva, la pornografía, el teléfono erótico, el cibersexo, los clubes de alterne, la prostitución, espectáculos de sexo en vivo, también puede acudir al exhibicionismo, voyeurismo, prácticas sadomasoquistas y fantasías sexuales obsesivas evitando la uniformidad y la monotonía (González, 2005).

De la misma forma, Guerreschi (2007) menciona que los adictos al sexo sufren de otras formas de adicción:

- Drogas 42%
- Trastornos alimentarios 32-38%
- Compras compulsivas 26%
- Trabajo compulsivo 28%
- Juegos de azar 5%
- Trastornos psiquiátricos:

- Trastornos del ánimo 62%
- Fobia social 47%
- Depresión 15-62%
- Trastornos de ansiedad 5-46%

La adicción al sexo se caracteriza por dos variables (Echeburúa, 1999): la primera es la interferencia grave en la vida cotidiana traducidas en sufrimiento y autodestrucción, soledad, pérdida de la familia y amigos, la incapacidad de mantener una relación afectiva duradera, entre otros; la segunda variable consiste en la aparición del síndrome de abstinencia que aparece al no poder llevarse a cabo la conducta sexual, experimentando síntomas de nerviosismo, irritabilidad, dolores de cabeza, temblores e insomnio.

Carnes, schwarz y Bantel; Earle, Crown, Pincus y Coleman (González, 2005) coinciden en una serie de síntomas asociados con la dependencia sexual:

Conductuales:

- Encuentros sexuales frecuentes
- Masturbación compulsiva
- Búsqueda de nuevos contactos y/o experiencias sexuales
- Deseos constantes e infructuosas de finalizar o disminuir las conductas sexuales excesivas
- Actividades sexuales sin excitación psicológica
- Uso frecuente de la pornografía

Cognitivos y emocionales:

- Pensamientos obsesivos en relación con el sexo
- Racionalizaciones para seguir las conductas sexuales
- Culpabilidad en relación con las actividades sexuales excesivas o problemáticas
- Soledad, aburrimiento, sentimiento de rabia
- Depresión, mala opinión sobre sí mismo

- Vergüenza, sexo anónimo
- Indiferencia respecto a los compañeros sexuales habituales
- Falta de control, en general, en la vida
- Deseo de huir o de suprimir emociones desagradables
- Disociación de su vida, es decir, doble vida (privada y sexual)

De forma general, la dependencia al sexo produce un alto grado de sufrimiento y autodestrucción, interfiriendo gravemente en la vida cotidiana de quien la padece. Como en cualquier adicción, la dependencia al sexo conlleva consecuencias negativas, tales como: pérdida de la autoestima, ruptura de pareja, problemas familiares, enfermedades de transmisión sexual, problemas económicos, amenaza o pérdida del empleo, problemas legales como consecuencia de acoso sexual e intentos o consumación del suicidio (Echeburúa, 2012).

Debido a la vergüenza que sienten las personas que padecen dicha dependencia, adquieren una doble vida, con el objetivo de ocultar el que ellos creen es el más terrible de los secretos; por lo cual podría considerarse como una adicción invisible, sin embargo, esto no será suficiente y pronto se encontrarán solos e invadidos en cada espacio de su vida y su pensamiento por el sexo, llegando a un punto culminante (graves problemas económicos y legales) en donde será difícil ocultar su situación. Por lo cual, podría ser fundamental una mayor investigación e intervención de la adicción sexual.

3.4.2.2. Juego patológico

El juego patológico es considerado tanto por la APA como por la OMS como un problema de salud pública, ya que afecta negativamente a muchos o a todos los ámbitos de la vida de una persona, ya sea personal, familiar, profesional, económica y/o social (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006).

En muchas sociedades el juego de azar es común, pues se considera una actividad recreativa, que proporciona entretenimiento y experiencias positivas. El juego de azar cuenta con una gran diversidad de actividades, variedad de lugares y sobre todo un sinnúmero de consumidores (Echeburúa et al,

2010), como en la mayoría de las dependencias, se menciona que la edad de inicio en ésta es la adolescencia sobre todo en los hombres, mientras que las mujeres ingresan a sus filas a una edad más tardía (Larger y López, 2002).

Bergler (1985, en Valleur y Matysiak, 2005) menciona seis características en el adicto al juego, mejor conocido como ludópata:

1. Debe jugar regularmente.
2. Antes que todos los otros intereses se encuentra el juego.
3. El optimismo del jugador no se ve afectado por las experiencias de fracaso repetidas.
4. Mientras gane, no se detiene.
5. A pesar de las promesas que se haga, terminará asumiendo demasiados riesgos.
6. Durante el juego, sentirá excitación, una tensión a la vez dolorosa y placentera.

Aunque dentro del DSM-IV el juego patológico no se encuentra en la clasificación de dependencias, si es considerada como una adicción debido a que se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlarse, alterando áreas significativas de su vida como la familia, amigos, trabajo, etcétera. Convirtiendo al juego en el centro de la vida de la persona, de la misma forma que sucede con otras dependencias, los jugadores patológicos pierden el control y son incapaces de dejar el juego, aunque deseen hacerlo (Echeburúa, 1999).

La Sociedad Española de Toxicomanías (2006) menciona que el juego patológico cuenta con características semejantes a las adicciones como lo son:

- Deseo intenso de satisfacer una necesidad
- Pérdida del control sobre el juego
- Pensamientos acerca del juego
- Síntomas de abstinencia y tolerancia
- Permanencia de la conducta a pesar de las consecuencias negativas

El DSM-IV (APA, 2008) menciona que para diagnosticar el juego patológico se requiere que el paciente se identifique con cinco o más de los diez indicadores mencionados a continuación:

1. Preocupación (por el juego).
2. Tolerancia. Necesidad de aumentar las cantidades de dinero, para conseguir la excitación deseada.
3. Pérdida de control. Fracaso repetido para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Síndrome de abstinencia. Inquietud o irritabilidad al intentar interrumpir o detener el juego.
5. Escape. Se utiliza el juego como estrategia de escape para los problemas o la disforia.
6. Caza (recuperar). Intentos por recuperar el dinero perdido.
7. Mentiras. Engañar a su familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación que tienen con el juego.
8. Actos ilegales. Se comenten actos como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Arriesgar relaciones. Arriesgar o perder relaciones interpersonales significativas, empleo y oportunidades educativas o profesionales a causa del juego.
10. Prestamos. Se espera que los demás proporcionen dinero para su desesperada situación financiera a causa del juego.

Por lo anterior, Echeburúa et al, (2010) destacan que dentro del diagnóstico del DSM-IV se encuentran cuatro criterios relevantes, los cuales son similares a los descritos para las drogodependencias, que además definen los aspectos más característicos del juego patológico, tales como:

- La incapacidad para controlar la conducta desadaptativa de juego
- La preocupación
- La intolerancia al perder
- La despreocupación por las consecuencias.

Las consecuencias causadas por la adicción al juego, se ven reflejadas en diferentes niveles de su vida (Echeburúa, 1999), como son:

- Personal. Tristeza, ansiedad o irritabilidad, además de que el concepto de sí mismo se ve muy deteriorado. Puede ser víctima de otras dependencias como el alcohol o drogas.
- Económico. Situación económica difícil y deudas cuantiosas.
- Laboral. Mal desempeño en el trabajo, constantes faltas o abandono de éste, sin descartar casos de despido por robo o incumplimiento laboral.
- Familiar. No cumple con su rol y obligaciones familiares, reiterando que vivir con un ludópata es muy difícil.
- Vida social. Abandona todas sus relaciones y amigos que le hayan presado dinero no recuperado, terminan por volverle la espalda, quedando más aislado y deprimido.
- Problemas legales. Robos, falsificación de cheques, emisión de cheques sin fondos, falta de pagos.

Como ya se mencionó con anterioridad, el juego patológico es considerado como un problema de salud pública, el cual se debe atender, pues la Sociedad Española de Toxicomanías (2006) menciona que existen diferentes factores de riesgo para el desarrollo de dicha dependencia como lo son grupos étnicos o raciales minoritarios, niveles socioeconómicos bajos, residentes de zonas urbanas, enfermos con patología psiquiátrica y otras adicciones. La disponibilidad, así como la participación en juegos de azar a temprana edad, por lo que es importante poner atención y no solo pensar que es un juego inofensivo.

3.4.2.3. Compras

Las compras son consideradas como parte de las nuevas adicciones, de todas aquellas dependencias que no se caracterizan por el consumo de una sustancia sino por un comportamiento. Ya desde hace algunos años se consideraba que el consumo de objetos era un símbolo de estatus social, con pensamientos como el siguiente: “más se es en cuanto más se tiene”, por lo que no se veía ningún peligro en el consumo desmesurado, pues consumir más significaba sentirse mejor y situarse por encima de los demás (De la Gándara, 1993. Echeburúa, 1999). Sin embargo, podemos dar cuenta que en

20 años las cosas no han cambiado mucho, pues esas mismas ideas siguen siendo parte de la sociedad, e incluso podría considerarse que se encuentran más vivas que nunca, con las nuevas tecnologías y oportunidad de poseer una tarjeta de crédito de forma sencilla.

La dependencia a las compras, como muchas de las adicciones conductuales, no es reconocida por los manuales de diagnóstico, sin embargo se incluye en dicha categoría debido a que presenta varias características similares a la dependencia de sustancias (Guerreschi, 2007):

- La tolerancia. Las personas pierden progresivamente tiempo y dinero en las adquisiciones, tal como los toxicodependientes que deben aumentar la dosis de la sustancia para obtener los efectos deseados.
- El *craving*. Incapacidad para controlar el impulso de realizar la acción está presente en ambas patologías.
- La abstinencia produce un gran malestar en el dependiente a las compras, que por algún motivo se encuentra imposibilitado de comprar.

Echeburúa (1999) menciona que la adicción a las compras se caracteriza por un impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles o superfluos, es decir que no importa lo que se compra, lo importante es comprar y aunque se es consciente de lo innecesario que es lo adquirido, no puede frenar el impulso. Además que las compras no son planificadas, son excesivas, sobrepasan las posibilidades económicas, llevando a la persona al despilfarro. Y si no atraviesa la puerta una tienda o centro comercial, sufre del síndrome de abstinencia, en otras palabras, entra en un estado de nerviosismo que solo se calma al entrar a comprar.

Según Adès y Lejoyeux (2003) a los adictos de las compras les fascinan las tiendas y las grandes superficies donde ven manifestada su pasión, entablado a menudo una relación privilegiada con una tienda. Aunque en general, cualquier tipo de sitio de venta les produce encanto, pues su necesidad de comprar es tal que se puede satisfacer en cualquier parte.

Propone Echeburúa (1999) un ciclo habitual de la conducta compradora adictiva, el cual consiste en:

- a) Estado de ánimo disfórico (tristeza, ira, nerviosismo)
- b) Excitación ante las expectativas de comprar
- c) Adquisición placentera de objetos superfluos
- d) Arrepentimiento y autorreproches por la pérdida de control y el dinero gastado
- e) Repetición del ciclo para superar el malestar

Suele haber intentos por resistir los impulsos, los cuales son habitualmente fallidos.

Los adictos a las compras detestan los objetos adquiridos, por lo que desde su adquisición generalmente son regalados, desechados o escondidos en algún lugar de su casa, que se encuentre lejos de su vista y de la de los familiares que suelen ignorar el problema (Adès y Lejoyeux, 2003).

Entre los objetos preferidos por los adictos a las compras se encuentran: los zapatos, vestidos, carteras, perfumes y joyas, objetos que podrían estar correlacionados con un intento de aumentar el nivel de autoestima, a través del mejoramiento del aspecto físico, esto en el caso de las mujeres. En el caso de los hombres, se adquieren objetos que den una mejor imagen ante ellos mismos como ante los demás, símbolos de estatus que representen poder y progreso, tales como discos, electrónica, vehículos y tecnología (Guerreschi, 2007).

Según Adès y Lejoyeux (2003) la dependencia a las compras se encuentra frecuentemente relacionada con el consumo de alcohol, la depresión, trastornos de ansiedad o de la conducta alimentaria, en general con problemas que denoten una baja autoestima y falta de autocontrol.

La adicción a las compras, desequilibran de un día a otro la vida de quien la padece, además de comprometer seriamente a la familia, dicha adicción trae consecuencias que suelen ser muy negativas, como: deudas, problemas legales (robos, estafas, etcétera.), ruina, deterioro de las relaciones (familiares, románticas, amistosas), soledad, divorcio e incluso intentos de suicidio (Echeburúa, 1999).

3.4.2.4. Perfección del cuerpo... ¿Dependencias?

La perfección del cuerpo, al escuchar lo anterior se piensa inmediatamente en la belleza del mismo, que según los cánones estéticos actuales la mujer debe ser delgada (en extremo) y el hombre debe ser musculoso. Aunque dichos cánones no son nuevos, en los últimos años han cobrado una nueva dimensión, una moderna obsesión por la perfección del cuerpo humano. Lo anterior puede ser traducido a los ya conocidos trastornos alimentarios, la vigorexia.

Actualmente se tiene casi perfectamente establecido aquello que beneficia o perjudica al cuerpo humano, tal es el ejemplo del ejercicio, el cual a todas luces es benéfico, en cuanto a la comida es bien conocido que alimentos con altas cantidades calóricas son el más grande enemigo de todo cuerpo. Aunque esto no es del todo cierto, pues si se lleva a los extremos se encontrarán con trastornos que los podrían llevar a sentir la experiencia de alguna adicción, y no porque lo sean.

Debe quedar claro que tanto los trastornos alimentarios como la vigorexia, ya han sido definidos y se encuentran ampliamente investigados. Esta investigación no intenta redefinirlos y mucho menos categorizarlos en el rubro de las dependencias, sin embargo se considera que algunas de las conductas que se llevan a cabo en dichos trastornos comparten muchas de las características de las adicciones.

En los trastornos alimenticios, la comida es una sustancia que provoca preocupación o que motiva el patrón maladaptativo, es decir, se emplea de forma repetitiva y destructiva, ya sea por su restricción prolongada o por su consumo episódico y masivo (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006).

La bulimia se caracteriza por la existencia de periodos en los que se consumen enormes cantidades de comida, periodos mejor conocidos como atracones, cada atracón suele ir precedido de una sensación de hambre ingobernable y ansiedad aguda, malestar que solo puede ser solucionado mediante el atracón. Al llevar a cabo dicha ingestión alimentaria se experimentará una sensación de pérdida de control (Toro, 1999).

En cuanto a la anorexia, ésta se caracteriza por la restricción prolongada de los alimentos, por lo que recurren a laxantes, diuréticos y el vómito autoinducido (característico también de la bulimia) esto a causa del consumo de alimentos que generalmente las mujeres, consideran las engordan o porque creen que han comido demasiado, experimentan ansiedad y una gran necesidad por desechar los alimentos. El consumir laxantes, diuréticos o inducción del vomito, produce la sensación de pérdida de peso, por lo que a pesar del malestar físico o consecuencias que puedan tener dichas prácticas (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006), se seguirán realizando e incluso aumentarán la dosis y la frecuencia.

El dilema entre comer y no comer, no sólo se da en los trastornos alimenticios, pues la comida cuenta con su propia adicción. Según González (2005) la dependencia a la comida supone una ansia por ingerir alimentos y una pérdida de control sobre su conducta alimentaria; quien la padece piensa constantemente en ello y siente un gran malestar (ansiedad) que solo puede ser reducido mediante un atracón. Los atracones proporcionan una gratificación inmediata, tales como reducción de la inquietud y sensación de euforia, las cuales duran muy poco, pues algunos minutos después experimentan malestares físicos (dolores abdominales, sensación de pesadez, etcétera) y un sentimiento de culpa ante la pérdida del control (Echeburúa, 1999).

A diferencia de la bulimia, en la dependencia a la comida no se recurre al uso de laxantes, diuréticos, ayuno o vómitos, aunque si se tiene el deseo por dejar de comer, estos resultan infructuosos. Es importante señalar que tanto en los trastornos alimenticios como en la adicción a la comida se tiene una idea equivocada acerca de la comida, pues hasta es categorizada en términos como buena, prohibida, peligrosa y engordante. Otra cosa que comparten es la etapa en que las personas se inician en dichas situaciones, la cual no es otra más que la adolescencia.

Por otro lado, el ejercicio también juega un papel importante dentro de los trastornos alimenticios, ya que una de las motivaciones del ejercicio, en las mujeres es la obsesión por la delgadez, ya sea justificada por un sobrepeso, o por una perturbación de la imagen corporal. Tanto en la anorexia como en la

bulimia, aquellos que las padecen se obligan a correr, hacer gimnasia o algún otro deporte de forma excesiva, concertándose una adicción al ejercicio. Dependencia que en personas con trastornos alimenticios, duplica los riesgos y complicaciones físicas, como la desnutrición, la deshidratación, fracturas, entre muchas otras (Adès y Lejoyeux, 2003).

En lo que respecta a los hombres, ellos emplean el ejercicio con el objetivo de ser menos débiles y más musculosos (sin grasa), que en términos de obsesión los puede llevar hacia el camino de la vigorexia que es “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” (Baile, 2005, en Rodríguez y Frenzi, 2011, p. 97).

El ejercicio traducido a cualquier deporte es una distracción socialmente alentada, pues se conocen sus efectos preventivos sobre las enfermedades cardiovasculares, entre otras, además de que son reconocidos los beneficios que proporciona en general al cuerpo humano (Adès y Lejoyeux, 2003). Sin embargo, al no respetar los límites, el ejercicio puede convertirse en adicción, al empezar el exceso, la búsqueda de una sensación de placer en el esfuerzo físico que, poco a poco, se convertirán en obsesión, necesidad, e incluso la sensación de abstinencia cuando la actividad se interrumpe (González, 2005).

Gutiérrez y Ferreira (2007, en Rodríguez y Frenzi, 2011) mencionan que en la dependencia al ejercicio la persona se involucra en la práctica del mismo en exceso. Incluso no toman días de descanso, haciendo ejercicio de forma voluntaria al menos una vez al día o más, pese a lesiones o enfermedades potenciales; a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre el ejercicio y experimentan síntomas físicos y psicológicos cuando están privados de hacer ejercicio.

El ejercicio a pesar de ser considerado como algo benéfico, en exceso resulta ser negativo, y como cualquier adicción trae consecuencias: depresión, ansiedad, descenso o pérdida del apetito sexual, trastornos del sueño,

conflictos familiares, además de graves enfermedades, causadas, agravadas o prolongadas por la práctica del deporte.

En resumen, es importante recordar que aunque durante muchos años el término de adicción o dependencia era empleado solo para las sustancias químicas, como el cigarro, la marihuana, la cocaína, entre otras, no son las únicas adicciones, ya que existen conductas que aunque aparenten ser inofensivas, en determinadas circunstancias pueden convertirse en dependencias e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas.

Se sabe que las adicciones no respetan género, raza y mucho menos edad, sin embargo la adolescencia es un periodo difícil y sobre todo riesgoso, debido a las implicaciones que tiene el ser un adolescente, aumentado a esto los factores que aumentan la probabilidad de un encuentro cercano con las adicciones.

Como ya se menciono, se reconoce que cualquier actividad aparentemente inofensiva puede ingresar en las filas de la dependencia, por lo que un sinnúmero de actividades podrían convertirse en adicción, sin embargo, aquí se han revisado solo aquellas con las que más se relacionan los jóvenes y las que se considera se podrían encontrar más cercanas a éstos.

4. ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

4.1. Las nuevas tecnologías

La tecnología encuentra sus orígenes desde la prehistoria, en primitivas herramientas creadas con piedra, lo cual es considerado como algo sumamente benéfico para el desarrollo del ser humano, pues pudo ser empleada para satisfacer necesidades tan básicas, como la alimentación, la vestimenta, la vivienda e incluso la protección. El Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001) define a la tecnología como “un conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico”.

Aunque la tecnología llegó antes que la ciencia, no se quedó rezagada sino que logró seguir progresando al nivel de los conocimientos científicos que surgieron. La ciencia impulsó e influyó a la tecnología de tal manera que actualmente trabajan en conjunto e incluso se podría decir que no se conciben la una sin la otra. La tecnología cuenta con un campo de trabajo amplio pues la podemos encontrar tanto en la medicina, como en los alimentos y hasta en la información y la comunicación.

Es en la Tecnología de la Información y la Comunicación en donde parece ser que más ha destacado, y no porque solo en esa área sobresalga, sino es quizás a causa de la revolución que ha causado en la vida del ser humano, pues ha provocado nuevos estilos a nivel laboral, familiar, social, educativo, básicamente en cada área de desarrollo.

Escobar (2009) considera que las Tecnologías de la Información y la Comunicación transforman procesos productivos, científicos, sociales, etcétera. Además de que su aplicación cambia la forma en que se solucionan los problemas en campos como la gestión, la investigación, la medicina, las relaciones con la administración, las nuevas formas de trabajo y de comunicaciones, en el intercambio de información, ayudas solidarias, entre muchas otras.

Son las TIC'S las que dentro de esta investigación se consideran como nuevas tecnologías, integradas por aquellos instrumentos, herramientas y soportes, empleados para la comunicación y entretenimiento. Asociando lo anterior a las computadoras (portátiles y de escritorio), teléfonos celulares, tabletas, consolas de videojuegos, aplicaciones, redes sociales y juegos digitales.

Como su nombre lo indica, las nuevas tecnologías llegaron hace pocos años y se han instalado al parecer de forma definitiva entre los seres humanos. Actualmente las nuevas tecnologías se emplean en casi, sino es que en todos los ámbitos de desarrollo, tanto en el personal, el laboral, recreativo y hasta en el educativo de una cantidad considerable de personas. Ya que al parecer el mundo de la tecnología crece cada día de forma estrepitosa, al grado de que muchas personas no conciben su vida sin un gadget (dispositivo electrónico), el correo electrónico, mensajeros instantáneos como Whats App, Skype o Line, las redes sociales como Twitter o Facebook, incluso sin el indispensable buscador de Google.

De forma general las nuevas tecnologías parecen simplificar los quehaceres cotidianos, modificando de forma significativa la vida cotidiana tanto de las personas como de la sociedad. En la mayoría de los hogares el uso de estas tecnologías es algo común, considerando sumamente extraño a aquellos que no empleen nuevas tecnologías o el internet (Echeburúa y Requesens, 2012).

Lo anterior es respaldado por la Interactive Advertising Bureau México (2010) asociación que realizó el Estudio de consumo de Medios entre Internautas Mexicanos 2013, el cual arroja que en promedio, los mexicanos cuentan con cuatro dispositivos para conectarse a internet, de los cuales más del 70% tiene una laptop, el 50% tiene un smartphone (teléfono inteligente) y un 19% cuenta con una tablet. Además, el estudio reveló que los mexicanos navegan en internet en promedio 4 horas 13 minutos al día, realizando hasta 6 actividades, buscar información es la actividad más frecuente, seguido del envío de mensajes instantáneos, correos electrónicos y la publicación en redes sociales.

La Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI) en su segundo Estudio sobre Redes Sociales en México 2012, reveló que 9 de cada 10 internautas acceden a alguna red social, de los cuales el 25% tienen más de 5 años usándolas. Entre los internautas mexicanos las principales redes sociales son Facebook, Youtube, Twitter y Google +.

Según Echeburúa, Labrador y Becoña (2009) estas tecnologías cuentan con características especiales, determinantes en la vida de aquellos que las usan:

- Demandan atención y dedicación casi exclusiva
- Requieren de periodos importantes de tiempo diario
- Establecimiento en casi todos los hogares
- Algunas acompañan a la persona todo el día
- Facilitan el acceso a la información
- Facilitan el trabajo
- Facilitan la comunicación con otras personas
- Facilitan el conocimiento del entorno próximo
- Facilitan el conocimiento de entornos alejados y remotos
- Información actualizada e inmediata
- Facilitan el entretenimiento y disfrute del ocio

Cada una de las características anteriores, pueden ser benéficas o perjudiciales, según sea el caso. Pues si se retrocede en el tiempo al menos 10 años y se compara con la actualidad, se puede dar cuenta de los grandes cambios que han traído las nuevas tecnologías, pues no solo han acortado distancias, sino que también proporcionan información importante de forma fácil y sencilla, además de que permiten la diversión y muchas otras cosas más, sin embargo junto con ellas también han llegado diversas consecuencias como las relaciones superficiales, violencia, identidades distorsionadas, aumentándole los riesgos físicos ya sea en los dedos (por el uso constante de algunos aparatos), daño visual y deterioro físico por la falta de ejercicio, etcétera.

Entre las consecuencias de las nuevas tecnologías, parece destacar la adicción que genera su uso, lo cual dependerá de la vulnerabilidad de ciertas personas, la disponibilidad ambiental a las nuevas tecnologías e incluso algunas características de personalidad o estados emocionales, tales como: la impulsividad, la disforia, la intolerancia a los estímulos displacenteros, ya sean físicos o psíquicos los primeros pueden ser dolores, insomnio o fatiga, mientras que los segundos se pueden traducir en disgustos, preocupaciones o responsabilidades; sin olvidar la búsqueda exagerada de emociones fuertes. Considerando también un problema de personalidad como la timidez excesiva, baja autoestima o rechazo de la imagen corporal, además de problemas psiquiátricos previos (Pedrero, Rodríguez y Ruiz, 2012).

Cabe señalar que la mayoría de los autores, tales como Pedrero et al (2012), Gámez-Guadix, Orue y Calvete (2013), Echeburúa entre otros, consideran que son los adolescentes los que se encuentran en mayor riesgo en relación con la adicción las nuevas tecnologías. Lo anterior es apoyado por un estudio realizado para validar el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI). Casas, Ruiz-Olivares y Ortega-Ruiz (2012) mencionan que es la población adolescente la que se encuentra más propensa, pues dentro de su dimensión interpersonal se encuentra la necesidad y facilidad para establecer amistades en línea, además de que se encuentran más familiarizados con las nuevas tecnologías.

4.2. Internet

El internet es parte fundamental dentro de las nuevas tecnologías, por lo que nos remontaremos a los orígenes de este. El Internet llega al mundo en el año de 1969 en los Estados Unidos, pues se requería crear una red de enlaces entre computadoras para enviar, recibir tácticas militares, sobre todo no perderlas en caso de un ataque nuclear. A dicha red se le llamó Advanced Research Projects Agency Network (ARPANET), años más tarde el gobierno norteamericano creó la National Science Foundation (NSF) con fines de investigación, naciendo así la NSFNET. Para 1991, Europa crea la World Wide Web (WWW) para así simplificar la navegación en la Red (Guerreschi, 2007).

Dicha simplificación permite acceder a la información ubicada en ordenadores de cualquier parte del mundo. Para emplear el servicio web (WWW) o como se le conoce, navegar por internet, se requiere de programas especiales que son conocidos como browsers o navegadores (Escobar, 2009). Entre los navegadores más populares se encuentran Microsoft Internet Explorer, Firefox, Mozilla y Google Chrome.

Desde sus inicios hasta la actualidad internet parece haber penetrado de forma significativa a nivel mundial, específicamente en México la Revista Mexicana de Comunicación (Islas y Gutiérrez, 2013) menciona que la investigación realizada por World Internet Project México reportó que entre las naciones de América, México se encuentra en la tercera posición con el mayor número de usuarios de internet (42,000,000), después de Estados Unidos y Brasil. A nivel mundial lo coloca entre los 12 primeros con mayor número de usuarios. Entre los usuarios mexicanos destaca la población entre los 12 y 25 años con 30.3 millones.

Internet ha logrado alcances inimaginables, pues ha llegado a ser parte de cada una de las áreas de desarrollo del ser humano, convirtiéndose en un indispensable. Alonso-Fernández (2003) considera indiscutibles los beneficios del internet, como lo son la información y la comunicación, lo cual se traduce en una infinita enciclopedia moderna y un medio de comunicación que traspasa fronteras, naciones y continentes de forma rápida y económica. Incluso se mencionan beneficios en la salud de personas con problemas auditivos, neurológicos y en algunos casos hasta físicos, facilitándoles la comunicación con otras personas.

En general el internet cuenta con una lista interminable sobre los beneficios que otorga a la humanidad, por lo cual abordar el tema de adicción al internet resulta controversial, pues se toma en cuenta que por una parte se encuentran aquellos que consideran no solo al internet sino casi a todas las nuevas tecnologías como algo benéfico, mientras que por otro lado se encuentra la polémica científica entre los profesionales de la salud, ya que algunos consideran que no existe meramente la dependencia al internet, sino que el internet solo favorece las conductas adictivas (Valleur y Matysiak, 2005).

Algunos otros profesionales consideran la existencia de la adicción a internet, e incluso han formulado criterios de diagnóstico para dicha adicción. Tal es el caso de Goldberg (1995, Adès y Lejoyeux, 2003) quien empleó los criterios del DSM-IV correspondientes a la categoría de dependencia de sustancias:

Tolerancia

- Necesidad de aumentar la cantidad de tiempo dedicada a internet para obtener satisfacción.
- Disminución del efecto a causa del uso constante.

Abstinencia

- Interrupción o reducción del uso de internet.
- Dos o más de los siguientes síntomas que sobrevienen después de la interrupción o reducción:
 - Agitación psicomotora
 - Ansiedad
 - Pensamientos obsesivos respecto a internet
 - Fantasías o sueños con internet
 - Movimientos voluntarios o involuntarios de los dedos tecleando
- Los síntomas del criterio precedente causan malestar de forma social, profesional o en cualquier otra actividad importante.
- El uso de internet o de cualquier otro servicio similar tiene como objetivo aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- El uso de internet se da con más frecuencia y por periodos prolongados.
- Deseo persistente e intentos fallidos para controlar o detener el uso de internet.
- Tiempo importante invertido en actividades ligadas al uso de internet.
- Reducción o suspensión de actividades sociales, profesionales y recreativas a causa del internet.
- Continuación del uso a pesar del conocimiento acerca de problemas físicos, sociales, profesionales, psicológicos, persistentes o recurrentes, a causa del uso de internet, tales como trastornos del sueño, dificultades

conyugales, impuntualidad, negligencia en las tareas profesionales, sentimientos de abandono.

Además, autores como Gámez-Guadix et al, (2013) consideran la adicción a internet, sin embargo a causa de la controversia del término adicción a internet, decidieron emplear el término uso problemático y generalizado de internet. Cabe mencionar que no solo lo consideran sino que han evaluado la Escala del Uso Problemático y Generalizado de Internet (GPIUS2), proporcionando tanto apoyo empírico preliminar (validez y confiabilidad) como teórico, respecto a la adicción a internet, resultados respaldados por evaluaciones anteriores aplicadas en la estadounidenses y mexicanos. Dicha escala fue desarrollada a partir del modelo cognitivo-conductual el cual propone que cada uno de sus componentes se encuentran relacionados, ver figura 1:

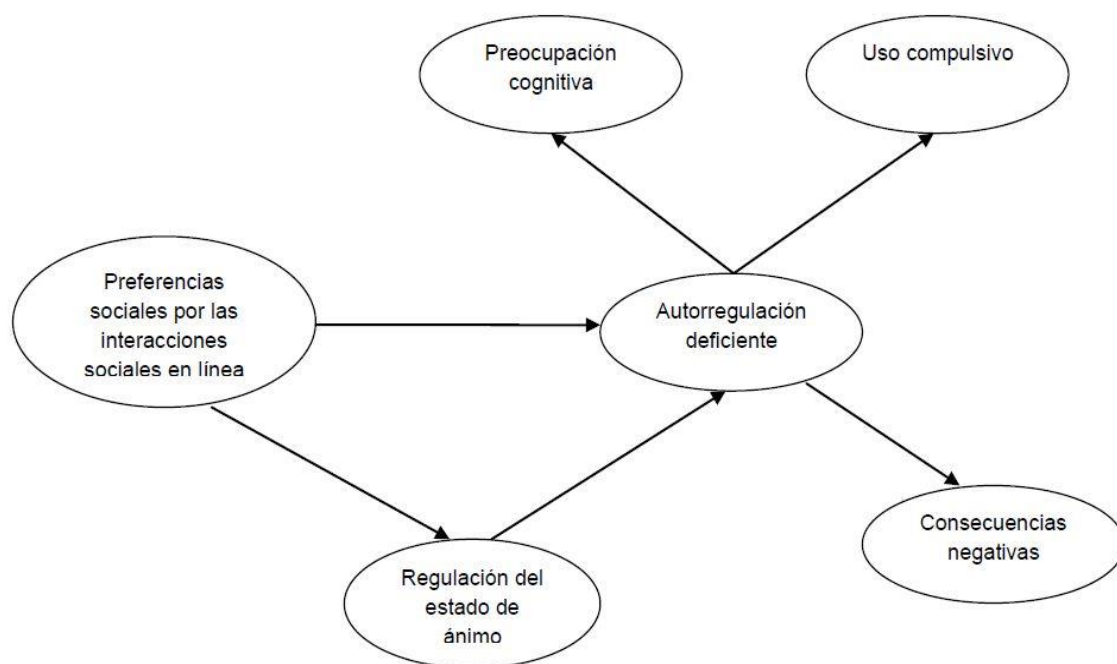


Figura 1. Modelo cognitivo-conductual del uso problemático y generalizado de Internet.

Por su parte, Balaguer (2008) menciona que dentro de la adicción a internet la vida del dependiente se encuentra sujeta en torno a la conexión de internet, olvidando así todas las relaciones ya sea de tipo familiar, laboral, educativo, amoroso, etcétera, en general de cualquier responsabilidad. Dicha

adicción puede ser evaluada con cuestionarios que han sido creados por investigadores del tema, el más empleado y reconocido es el Test de Adicción a Internet de 1996 de la Dra. Young, el cual consta de 20 preguntas con 5 opciones de respuesta cada una.

Cabe mencionar que no solo las relaciones y responsabilidades del dependiente al internet se ven perjudicadas, sino también su salud física, dentro de las consecuencias físicas más frecuentes se encuentran (Young, 1999; Orzack, 1996, ambos en Guerreschi, 2007):

- Trastornos del sueño
- Cansancio excesivo
- Debilitamiento del sistema inmunológico
- Escasa higiene y falta de actividad física
- Dolor lumbar
- Síndrome del túnel carpiano (a causa del mouse)
- Cefaleas
- Cansancio ocular

Autores como Guerreschi (2007) y Alonso-Fernández (2003) consideran que existen diversas formas o modalidades en la dependencia al internet, como: el ciberjuego, cibersexo, cibercomunicación, cibertrabajo, muchas entre otras, sin embargo a continuación se revisarán aquellas que se considera se han ido instalando de forma significativa en los seres humanos, adentrándose especialmente en los adolescentes.

4.3. Cibersexo

El cibersexo o sexo virtual es considerado como un fenómeno creciente y de impacto significativo para los usuarios, el cual se da cuando dos o más personas congenian en una conversación en línea, que puede incluir o no, la masturbación (Daneback, Cooper y Mansson 2005, en Sánchez e Iruarrizaga, 2009).

Para Guerreschi (2007) el cibersexo consiste en todas aquellas actividades que producen una excitación sexual y se pueden desarrollar en

internet, tales como el disfrute de material pornográfico, masturbación, encuentros en los chats eróticos, la práctica de sexo virtual, etc.

Cooper (2000, en Alonso-Fernández, 2003) menciona que internet es especialmente atractivo en cuanto a los propósitos sexuales, debido a que cuenta con tres factores primarios, identificados como el triple motor A:

- *Access*. Acceso libre y garantizado ya que internet está disponible en millones de lugares, las 24 hrs del día y los siete días de la semana.
- *Affordability*. Apertura, la cual es avalada por su carácter legal, su bajo costo y oferta gratuita de comercio sexual.
- *Anonymity*. Permite al usuario ocultar su identidad y evita contraer enfermedades de transmisión sexual.

Vega, Merino y Cano (2009) no solo consideran los factores anteriores, también incluyen algunos otros, que en conjunto consideran que facilitan y motivan a algunas personas con características determinadas (personales o situacionales):

- *Interacción*. Es fácil encontrarse con otra persona que quiera tener cibersexo.
- *Evitar aspectos molestos*. Se evitan los olores, secreciones, etc.
- *No hay compromiso*. No existe un vínculo afectivo entre las personas.

Se estima que existen al menos 20 millones de adictos a internet a nivel mundial, de los cuales 12 millones son dependientes al cibersexo, en donde normalmente emplean de 15 a 20 horas semanales. También se menciona que son los hombres quienes más caen en dicha situación (Vega et al, 2009; Alonso-Fernández, 2003).

Al parecer tanto los hombres como las mujeres se inician en el sexo virtual por distintas razones, en el caso de los hombres estos lo prefieren porque no experimentan ansiedad por su desempeño, evitando así posibles problemáticas como la eyaculación precoz o la impotencia; mientras que las mujeres tienen la posibilidad de esconder su aspecto físico, sentirse más desinhibidas y libres de expresar placer en el acto (Guerreschi, 2007).

Algunas de las características que definen a la dependencia al cibersexo son (Young 2001, en Sánchez e Iruarrizaga, 2009):

- Inversión habitual de tiempo en cantidades significativas en internet con el objetivo de entrar en contacto con el tema sexual.
- Ansiedad por encontrar actividades en línea sobre sexo.
- Participan en fantasías sexuales que no suelen llevarse a cabo en la vida real.
- Prevén la próxima sesión de cibersexo con excitación sexual o gratificación.
- Esconden sus interacciones en línea de su entorno.
- Sienten culpa o vergüenza acerca de su conducta en internet.
- Se masturban mientras buscan actividades en línea.
- Invierten menos tiempo en sus relaciones sexuales reales o prefieren el cibersexo.

En general, la adicción al cibersexo traerá en conjunto tanto las consecuencias de la adicción al sexo, con excepción de las enfermedades de transmisión sexual y quizás las económicas, aunque actualmente existen páginas de internet que cobran por “beneficios extras” (mujeres físicamente atractivas, imágenes novedosas, etcétera.), así como las consecuencias de la adicción al internet.

4.4. Videojuegos

Como se mencionó anteriormente, las nuevas tecnologías han modificado significativamente la vida de los seres humanos, por lo que el área recreativa no pudo ser la excepción. Específicamente el juego sufrió una serie de cambios, que no solo provocaron el surgimiento de nuevos juegos, sino que también provocaron la extinción de muchos otros. Dentro de estos nuevos se encuentra el videojuego, el cual ha tenido mayor éxito, posicionándose entre los preferidos por niños, adolescentes y jóvenes como formas de entretenimiento, dejando atrás juguetes tradicionales como muñecas, pelotas y carros, etcétera (Reséndiz, 2007).

De forma reciente y como consecuencia de los avances tecnológicos y sobre todo del internet, los videojuegos se han convertido en algo sumamente atractivo, por lo que sin duda su uso, es una actividad que podría transformarse en dependencia. Actualmente los videojuegos se pueden jugar en un sinnúmero de aparatos electrónicos, como consolas, celulares, *tablets*, computadoras tanto portátiles como de escritorio.

Noviembre de 1972 es la fecha del origen oficial del primer videojuego llamado *Pong* que no era otra cosa más que una máquina recreativa que simulaba un juego de ping-pong, algunos otros videojuegos que impactaron ya hace varios años son *Space Invaders* y *Pac Man* (Echeburúa et al, 2009). Dentro del campo de los Videojuegos la tecnología ha ido avanzando de tal forma se han empleado objetos como los cartuchos, memorias, discos y consolas, estos últimos aun siguen vigentes, sin embargo, el internet brinda la oportunidad de jugar videojuegos en línea.

Los videojuegos en línea pueden ser gratuitos, comprados o simplemente encontrarse en alguna red social como es el caso de *Facebook*, en donde es posible jugar *FarmVille*, que consiste en crear una granja, o también el ya reconocido mundialmente *Candy Crush*. Sin olvidar los dispositivos móviles actuales en donde se pueden descargar los videojuegos, y así jugarlos en cualquier lugar y momento, entre los cuales destacan *Plants vs. Zombies*, *Cut the Rope*, *Fruit Ninja*, *Angry Birds*, *Subway Surfers* y *Los Simpson*, entre muchos otros (datos recabados de un sencillo sondeo en *Play Store* y *App Store*).

La industria de los videojuegos es muy amplia y diversa, existen diferentes géneros, por lo que se puede decir que hay videojuegos para satisfacer cualquier tipo de gusto. Castells y Bofarull (2002) proporcionan la siguiente clasificación:

- Arcades. Juegos rápidos, de poca estrategia y mucha emoción, rápido aprendizaje. Con usuarios menores de 12 años.
 - Plataforma: un personaje animado supere la dificultad creciente de diversas pantallas-plataformas en busca de un objetivo. Suelen ser en 2D.


- Deportivos: comúnmente son competiciones (carreras) en las que un participante o varios llevan un vehículo, carro, moto. También se les incluye en simulación.
- Laberintos: consiste en salir de un laberinto superando pruebas o enemigos. Suele ser en 2D.
- Dispara y olvida: juego violento en el que el objetivo es eliminar al contrincante (marcianitos, zombis, etcétera.). Se actúa en primera persona, suele ser en 3D.
- Juegos de simulación. Se simulan acciones de la vida real, de aprendizaje más complejo. Usuarios a partir de 12 años.
 - Simuladores instrumentales: simula la conducción de una moto, carro, aviones, trenes y naves espaciales. Se puede jugar solo o contra la máquina.
 - Simuladores de situaciones:
 1. Los simuladores de deportes (no se incluye la conducción de vehículos). Tanto como deportes hay, pero destaca el fútbol.
 2. Los simuladores de comportamientos humanos. El objetivo es crear mundos, encuentros, desencuentros. El jugador maneja a los personajes como si fuera un ser todopoderoso.
- Juegos de estrategia. En estos juegos la estrategia en la toma de decisiones, las maniobras, los cálculos o establecimiento de hipótesis son la clave para alcanzar el objetivo final. Suelen ser largos y permiten guardar lo realizado. Permiten el trabajo en equipo, son recomendables a partir de los 12 años.
 - Aventuras gráficas: se dirige al protagonista entre un sinfín de posibilidades hasta su objetivo, sabiéndole dar siempre los instrumentos más oportunos. Suelen ser largos y exigen concentración y paciencia.
 - Juegos de rol: se juega por turnos representando la tarea de cada uno de los variados personajes con los se identifican. Esta en los antagonistas de los Arcade ya que es un juego de turnos y paciencia.
 - Juegos de estrategia militar: la acción consiste en dirigir ejercicios militares con soldados y armas de diferentes niveles. Hay desde

guerras de la antigüedad hasta la guerra interestelar de galaxias, con invasión de planetas por medio.

- Juegos de mesa. Juegos comunes, sobre tablero, fichas o cartas, preguntas y respuestas, etcétera. En este caso dichos elementos son sustituidos por la pantalla.
 - No se pueden hacer subdivisiones, pues estas serian incontables. Se encuentran el ajedrez, las damas, el parchís, los naipes, entre muchos otros.

Algo que tiene en común cada uno de los videojuegos en la actualidad, es el internet, pues se requiere de este para descargarlos, comprarlos, actualizarlos y jugar con otros jugadores. Además, la mayoría de dichos videojuegos van mucho más allá del simple placer lúdico, pues en su mayoría están diseñados con el objetivo de que el jugador se enganche, pues al final no es más que un negocio. Algo fundamental en los videojuegos es ser hábil e inteligente, para desarrollar tácticas y estrategias eficaces, por lo que el tiempo es un factor esencial para volverse un buen jugador, y más para ser un jugador de primera (Valleur y Matysiak, 2005).

A pesar del interés económico por atraer a más jugadores y aumentar la frecuencia de juego, la industria de los videojuegos debe regirse bajo la *Entertainment software Rating board* (ESRB), institución que se encarga de evaluar los videojuegos próximos a salir al mercado y establece las edades recomendadas para su uso, además explica los contenidos que posee ese videojuego (García, 2003, en Reséndiz, 2007). Los tipos de clasificaciones existentes sobre los videojuegos son (ver Tabla 1):

 <p>The logo for the ESRB Early Childhood rating. It features a black square with a white border. At the top, the words "EARLY CHILDHOOD" are written in white. In the center, there is a large white letter "C" with a smaller white letter "E" inside it. At the bottom, the words "CONTENT RATED BY" are written in white, and below that, "ESRB" is written in a larger, bold white font.</p>	<p><i>Early Childhood</i> (niños pequeños): material con contenido apto para edades a partir de 3 años. Los juegos de esta categoría son específicamente desarrollados para niños pequeños y comúnmente son de orientación educacional.</p>
--	---







	<p><i>Everyone</i> (todos): el contenido es adecuado para edades de 6 años en adelante. Pueden contener una mínima cantidad de violencia de caricatura, fantasía ligera, o un poco de lenguaje moderado.</p>
	<p><i>Everyone 10+</i> (mayores de 10 años): contenido es idóneo para personas de 10 años en adelante. Pueden contener más violencia de caricatura, fantasía ligera, lenguaje moderado o temas mínimamente provocativos.</p>
	<p><i>Teen</i> (adolescentes): el contenido es apto para edades de 13 años o más. Los juegos de esta categoría pueden contener violencia, temas insinuantes, humor grosero, alguna cantidad de sangre, apuestas simuladas y un poco de lenguaje fuerte.</p>
	<p><i>Mature 17+</i> (Maduro): material con contenido adecuado para personas de 17 años en adelante. Pueden contener violencia intensa, derramamiento de sangre, contenido sexual o lenguaje fuerte.</p>
	<p><i>Adults only 18+</i> (únicamente adultos): contenido sólo para adultos de 18 años o más. Puede incluir escenas prolongadas de violencia intensa, contenido sexual gráfico o apuestas con moneda real.</p>
	<p><i>Rating pending</i> (clasificación pendiente): material que no ha recibido todavía una clasificación final por parte de la ESRB. Se coloca en material de publicidad, comercialización y promoción relacionada con juegos que se espera lleven una clasificación de ese organismo.</p>

Tabla 1. Clasificación de videojuegos

La anterior clasificación no prohíbe a la industria de los videojuegos emplear algunas estrategias para hacer más atractivos sus productos. Adès y Lejoyeux (2003) mencionan que los videojuegos cuentan con ciertas

características que invitan a la persona, a que juegue cada vez más frecuentemente:

- La sensación de relación personal que se crea entre los jugadores.
- Los retos que implican reconocimiento por parte de otros, le permiten ascender en el juego y elevar su autoestima.
- Un diseño atractivo (colores, personajes, combates futuristas o medievales, etcétera).

Según la Revista del Consumidor (2013) en un informe en el 2011 la ESA (*Entertainment Software Association*) el 53% de los jugadores de videojuegos ya sea de consola, en línea o dispositivos móviles, tiene entre 18 y 49 años de edad. En dicho informe también se menciona que la edad promedio de un *gamer* (jugador extremo) es de 37 años, lo cual denota un problema de salud importante, además de que parece apoyar la idea de que es en la adolescencia donde se adquieren las conductas y estilos de vida poco saludables, llevándolos a la edad adulta, pues estos jugadores extremos se adentraron en el mundo de los videojuegos durante su adolescencia.

El tema de la adicción a los videojuegos resulta controversial, pues cuenta con un gran número de personas que apoyan su uso, e incluso que mencionan beneficios sobre todo en el área educativa, en investigaciones o como alguna forma terapéutica (Matute y Vadillo, 2012). Sin embargo, autores como Vega et al, (2009) consideran la adicción a los videojuegos como algo real y mencionan algunas de las consecuencias de dicha adicción:

- Problemas de atención y concentración
- Abandono de responsabilidades
- Inquietud, angustia, depresión o irritabilidad
- Euforia y sobreactivación (al jugar)
- Falta de control sobre el tiempo
- Progresivo aislamiento
- Falta de higiene personal
- Físicos: malestar por la postura corporal prologada, resequedad en los ojos, dolor de cabeza y espalda. Incluso pérdida o aumento de peso.

Desafortunadamente existe poca información sobre la dependencia a los videojuegos, por lo que se considera oportuno la realización de más investigaciones acerca del tema, pues no se puede negar que algo sucede alrededor de los videojuegos y sus usuarios, algo que se podría ver reflejado en el crecimiento exponencial de sus ventas, seguidores y sobre todo de su industria.

4.5. Teléfono celular

Dentro de las nuevas tecnologías encontramos al ya bien reconocido teléfono celular, que a nivel mundial se ha convertido en medio de comunicación indispensable, Sánchez- Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst (2008) lo consideran como un objeto social, dominante y personal. El cual se emplea para hablar, enviar mensajes, escuchar música y videogravar, se usa tanto en contextos profesionales, culturales, relacionales y hasta recreacionales.

El ingeniero electrónico de *Motorola*, Martin Cooper es considerado como el padre del teléfono celular, además de que fue él quien el 3 de abril de 1973, realizó la primera llamada en un automóvil, desde un prototipo de teléfono celular. Aunque fue posible adquirir el primer teléfono celular en el mercado hasta el 13 de octubre de 1983. Dicho aparato pesaba 800 gramos, medía 33 cm de largo, 9 de ancho y casi 5 cm de grosor. Podía almacenar solo diez contactos en la agenda y permitía solo una hora de conversación. Su tamaño era superior al de un ladrillo promedio, este celular tenía por nombre de *Dyna TACC8000X*, de la compañía *Motorola* (The History Channel Latin America, 2013).

Desde hace cuarenta años de la gran creación de *Motorola*, el mundo de la telefonía celular ha ido creciendo exponencialmente, pues no solo existen diversas compañías que trabajan en las mejoras e innovaciones de dicho aparato, tales como *Motorola*, *Samsung*, *Nokia*, *LG*, *Sony*, *Apple*, *Huawei*, por mencionar solo algunas, también existen compañías encargadas de ofrecer servicios de telefonía móvil como lo son *T-Mobile*, *Telefónica Móvil*, *Sprint Nextel*, *Telenor Mobile*, *AT&T Wireless*, *Orange Mobile*, etcétera, en lo que

respecta a México se encuentran compañías como *Telcel*, *Movistar*, *Iusacell*, *Nextel* y *Unefon*.

En el 2013 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) menciona que es notable la inserción de la telefonía en México, tomando en cuenta que ésta inicio a finales del siglo XIX, específicamente en la telefonía celular reporta que en el 2012 poco más del 90% de los hogares tiene al menos un teléfono celular, es decir, que aquellos que cuentan con un celular representan seis veces más que los que tienen teléfono fijo.

Cabe señalar que la población adolescente es la que cuenta con el mayor uso del teléfono celular, por lo que Chóliz (2008, en Chóliz, Villanueva y Chóliz, 2009) destaca las principales características de dicho aparato que lo hacen especialmente atractivo:

- Autonomía. Propio espacio personal e intimidad.
- Identidad y prestigio. La marca o el tipo de aparato significa estatus, estilos de conducta o actitudes.
- Aplicaciones tecnológicas. Fascinación por innovaciones tecnológicas.
- Actividad de ocio. Disfrute del tiempo libre.
- Fomento y establecimiento de relaciones interpersonales. Mediante llamadas o mensajes.

Así como otras adicciones, la dependencia al teléfono celular cuenta con un diverso conjunto de factores que se encuentran relacionados con su uso problemático, tales como presencia elementos adictivos en el propio teléfono, así como una personalidad vulnerable, elementos de presión social y otras variables sociodemográficas relacionadas con la edad (Echeburúa et al, 2009):

- Características del teléfono celular
 - Función comunicativa.
 - Múltiples componentes estimulantes.
 - Consecuencias negativas de su uso demoradas.
- Vulnerabilidad psicológica
 - Baja autoestima.
 - Extroversión.

- Impulsividad.
- Presión social
 - Inclusión social.
 - Mejora del estatus social.
- Variables sociodemográficas
 - Edad: adolescencia y juventud.
 - Tiempo desde la adquisición del primer aparato.

Según Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst (2008) el teléfono celular genera cierta dependencia psicológica, ya que son incapaces de interrumpir o controlar el uso del aparato, ya sea mediante el bloqueo de llamadas o la cuota, desconectando el sonido o apagándolo. Mencionan que dichas restricciones fallan, debido a que se encuentran bajo el control del mismo usuario y las puede dejar de usar cuando desee, lo cual provoca un mayor uso del que inicialmente se pretendía. También consideran la existencia de la tolerancia, que consta de la necesidad de repetir con más frecuencia las conductas, como llamar o enviar mensajes a fin de obtener la gratificación deseada. En cuanto a la abstinencia, esta se refleja cuando se pierde la posibilidad de utilizar el teléfono y aparecen síntomas como ansiedad, malestar general, enfado e inquietud.

En cuanto a las consecuencias de la adicción al teléfono celular no solo se encuentran las ya características de las dependencias psicológicas, sino que también se encuentran el aislamiento progresivo del mundo, pasando mucho tiempo en soledad. Por lo que requieren mantener el celular en la mano durante horas para soportar dicha situación. Además de que corren el riesgo de olvidar la forma adecuada de jugar y de transmitir emociones, mediante el uso del lenguaje y la comunicación verbal. También se menciona que al emplear su capacidad pensante a un solo fin, corren el riesgo de perder dicha habilidad (Guerreschi, 2007). Otros efectos negativos es el gastar más de sus límites, mentir o robar para recargar el saldo, incurrir en infracciones por usar el teléfono celular en circunstancias indebidas o lugares prohibidos, además de las consecuencias en la salud como lo son las alteraciones en el sueño (Sánchez-Carbonell et al, 2008).

Es importante recordar que constantemente se recomienda no utilizar el teléfono celular mientras se conduce o camina, ya que el uso de este puede causar distracciones que provoquen graves accidentes. Por otro lado, no podemos olvidar los delitos que se ocasionan con este aparato, tales como extorsiones o robo de información.

Definitivamente no se pueden olvidar los beneficios que proporciona el teléfono celular, sin embargo, se considera fundamental realizar una mayor investigación acerca del impacto que tiene en los seres humanos, sobre todo en los adolescentes con el objetivo de prevenir las consecuencias de un inadecuado uso.

4.6. Redes sociales

Entre los últimos desarrollos de las Tecnologías de la Información y la Comunicación se encuentran las llamadas redes sociales, entre las que destacan *Facebook*, *Twitter*, *Tuenti* y *Google+*. En la actualidad estas redes son la herramienta de internet más empleada por adolescentes y jóvenes, ya que posibilitan el contacto con numerosos grupos de personas, amplían el círculo de gente con la que se comunican, permiten compartir experiencias e información o sencillamente saber sobre ellos, lo que ha sido causa del éxito espectacular en algunos años (Chóliz y Marco, 2012).

Según de Boyd y Ellison (2008, en García, 2013) las redes sociales (servicios de redes sociales) son comunidades virtuales en donde se puede crear un perfil con información personal e interactuar con los perfiles de amigos de la vida real y también conocer personas nuevas con las que se comparta algún interés.

Echeburúa y Requesens (2012) consideran una red social como una estructura constituida por personas interconectadas por diferentes tipos de vínculos, como los afectivos, familiares, laborales, sexuales, amistosos, entre otros. Establecen un grupo dinámico, en continua evolución, generalmente abierto a nuevas incorporaciones, posibilitando un contacto sencillo con personas desconocidas. Su objetivo es crear un espacio donde las personas

puedan interactuar, es decir comunicarse, compartir opiniones, emociones o experiencias.

A nivel mundial las redes sociales han revolucionado la forma en que se comunican e interactúan las personas, tal es el caso de los Estados Unidos Americanos donde la sensación ha sido *Facebook*, sin olvidar al ya famoso *Twitter* o España donde han sido conquistados por *Tuenti*. México no ha sido la excepción pues según la Asociación Mexicana de Internet, en un estudio realizado en el 2012, un 90% de los mexicanos internautas usan las redes sociales, siendo *Facebook* una de las principales con un 90% de internautas inscritos, de los cuales un 87% accede diariamente. Mientras que *Twitter* cuenta con el 56% de internautas inscritos, en donde el 67% acceden diariamente. *Google+* se ubica en la tercera posición con solo un 37% de internautas inscritos, de los cuales acceden diariamente un 41%.

Existen diversas redes sociales, por lo que cada uno de los internautas tiene la oportunidad de seleccionar la que más le atraiga, sin embargo parece ser *Facebook* la red que mas empleada en el mundo y la que causa una mayor expectativa. *Facebook* fue creada en el 2004 por Marck Zuckerberg, en la Universidad de Harvard. En el 2012 ya contaba con más de 800 millones de usuarios activos, de los cuales el 70% vivían fuera de los Estados Unidos. Es tal la actividad que se promedia que cada usuario tiene 345 amigos y que cada uno de ellos tiene en promedio 282 fotos. Se espera que dentro de 3 a 5 años *Facebook* tenga más usuarios que la población de China (Alviso, 2012).

Otra red social popular es *Tuenti*, esta red ha despegado sobre todo en la población adolescente española. Fue creada en el 2006 por un estudiante estadounidense con residencia en Madrid. Su funcionamiento es muy similar al de *Facebook*, es decir, tiene por objetivo la extensión de las relaciones sociales a amigos de amigos, manifestación de los gustos y preferencias, además de fotografías con las que se muestra la vida personal al mundo (Chóliz y Marco, 2012).

En lo que respecta a *Twitter*, esta red social surgió el 21 de marzo de 2006, es un formato de pequeños blogs en donde los usuarios comentan ideas o informaciones breves (140 caracteres), lo cuales pueden seguir los

integrantes de la red. Actualmente esta red supera los 200 millones de usuarios alrededor del mundo. Se ha hecho tan popular que se envían a diario cerca de 400 millones de *tuits*, además de que cuenta con términos llamativos y reconocidos como *hashtag* (etiqueta) y *retweet* (Revista Interactive, 2013).

En junio de 2011 se divulgó el proyecto *Google+*, la cual era una versión de prueba de una red social. Tenía por objetivo humanizar la comunicación en internet, específicamente en las redes sociales, por lo que dicha red promueve apartados específicos (Google, 2011) como:

+*Círculos*: permite categorizar a los contactos y compartir información específica con ellos, es decir, puede publicar algo solo para su círculo familiar sin que sus demás contactos tengan que verlo.

+*Intereses*: mediante la delimitación de intereses como la lectura, la moda, la tecnología, etcétera, permite acceder y compartir dichos intereses con contactos que gustan de lo mismo.

+*Quedadas*: permite entablar una conversación cara a cara (en línea) con sus contactos. Esto como una especie de simulación de la vida real, es decir, que si no se puede realizar la quedada, sencillamente es porque se está ocupado.

+*Móvil*: ofrece herramientas de ubicación y subida instantánea de fotografías, en otras palabras, facilita la comunicación con sus contactos al mostrarles donde estuvo y como estuvo. Además cuenta con un servicio de mensajería instantánea.

Cada una de las redes sociales cuenta con diferentes términos y estrategias, sin embargo, el mayor objetivo es proporcionar la interacción entre sus usuarios, por lo que Chóliz y Marco (2012) consideran que en general cuentan con funciones y herramientas útiles y atractivas, mencionadas a continuación:

- Búsqueda de personas. Encontrar personas concretas, ya sean conocidas o no, o por compartir características determinadas (intereses).

- Agregar personas. El siguiente paso de la búsqueda, es facilitar el contacto con la persona, por lo que se envía una invitación para agregarse a sus redes.
- Establecimiento de grupos. Se pueden crear grupos con los que se compartan características comunes, o solo agruparlos para emitir comunicados de interés para todos, sin necesidad de comunicarse con estos de uno por uno.
- Muro. Es un tablón de anuncios en el que se coloca la información personal deseada. Dicha información no solo es escrita, sino también pueden ser fotografías y videos.

García (2013) considera otros patrones como la delimitación de un perfil, al elegir el grado de la información (más o menos público, o no). Ver y navegar a través de los perfiles de otros usuarios y viendo las conexiones entre estos.

Las redes sociales se han convertido en todo un fenómeno de estudio, sin embargo no hay demasiada evidencia sobre la adicción a estas y por otro lado hay quienes no consideran la adicción en las mismas. Sin embargo, Echeburúa y Requesens (2012) no solo creen en la dependencia a las TIC'S sino también las redes sociales, además mencionan que las principales señales que denotan una adicción son las siguientes:

- a) Reducción en las horas de sueño, dormir menos de 5 horas diarias, para estar conectado a la red.
- b) Descuidar actividades importantes, como la relación con la familia o las relaciones sociales, o abandonar el estudio, incluso las actividades extraescolares pasan a un segundo plano. Anteponiendo la conexión respecto a todas sus otras actividades.
- c) Recibir quejas por parte de sus cercanos a causa del uso de la red.
- d) Pensar constantemente en la red, aun cuando se encuentra conectado a esta, sentirse irritado en exceso cuando la conexión falla o es muy lenta. La persona siente de forma compulsiva la necesidad de estar conectada.
- e) Al ser consciente de la dependencia, busca limitar el tiempo de conexión, sin conseguirlo, además de perder la noción del tiempo transcurrido.

- f) Mentir sobre el tiempo real de conexión a la red.
- g) Socialmente aislado, se muestra irritable y baja escolar.
- h) Sentir euforia y activación anómalas cuando se está frente al ordenador (dispositivo electrónico que permita la conexión).

Por su parte Chóliz y Marco (2012) consideran algunas consecuencias a causa de la adicción a las redes sociales tales como:

- Efectos negativos en la salud: dificultades con el sueño y descanso, mayor susceptibilidad a la fatiga y al estrés, además problemas de visión, de espalda, etcétera.
- Disminución en el rendimiento escolar.
- Aislamiento social.
- Problemas familiares: discusiones, menos interacción, entre otros.
- Entorpecimiento del aprendizaje de habilidades de socialización real.
- Problemas emocionales y de conducta
- Reducción de otras actividades como el deporte o aficiones.
- Sedentarismo

Además se deben considerar algunos otros riesgos, que corren cada una de las personas que cuentan con redes sociales, pero que se maximizan en alguien con una adicción a estas, entre los riesgos se encuentran el acoso, problemas con la privacidad e intimidad, robo de datos, acceso a contenidos inapropiados, extorsión, etcétera. Recordemos que hasta los delincuentes tienen acceso a dichas redes y en la actualidad las han empleado con fines de lucro, pues se han escuchado casos en donde los delincuentes emplearon *Facebook* para extorsionar, vigilar e incluso contactar a sus víctimas (secuestro, trata de personas, robo).

Es importante señalar que aunque las adicciones a las nuevas tecnologías, generan una gran controversia a causa de las discrepancias que existen entre muchos investigadores y profesionales de la salud, es claro que han revolucionado la vida de los seres humanos. Además se debe considerar el hecho de que es un tema que ocupa el pensamiento de y las obligaciones de

algunos en el mundo de la ciencia y no solo en aquellos que refieren padecerlas.

Las nuevas adicciones tecnológicas, específicamente las de la información y la comunicación, traducidas al internet, videojuegos, cibersexo, teléfono celular y redes sociales, parecen haber roto con los hábitos de la vida cotidiana de las personas, además de haberse introducido en sus estilos de vida, modificando así la forma en que se comunican y se relacionan con los demás.

Existen varios países que consideran algunas de las nuevas adicciones tecnológicas, al grado de que han creado clínicas especializadas para tratarlas. Por lo que se considera necesario profundizar más en el estudio actual de dicho tema, para así considerar tanto las consecuencias, como la forma de combatirlas.

Si bien es cierto que el uso de las nuevas tecnologías no se encuentra condicionado, para ser empleado por todos los seres humanos, estos deben hacerse responsables y hacer uso de su libertad intrínseca para utilizar estas tecnologías como un bien común, o para el daño y destrucción de la humanidad. También es cierto que cada una de estas nuevas tecnologías han traído beneficios, pues no solo nos permiten comunicarnos en tiempo real, e incluso apoyar a la mejora de la educación, o las relaciones sociales, por lo que se debe hacer conciencia, investigación y promoción de un uso responsable y correcto de cada una de las nuevas tecnologías.

CONCLUSIONES

Actualmente las adicciones se han convertido en un tema de suma importancia, no solo para México y sino también para el resto del mundo, pues cada día aumenta de forma significativa la cantidad de personas que se encuentran inmersas en alguna o varias adicciones, en donde estas influyen de forma negativa no sólo en la vida de quienes las padecen, sino también en la de sus familiares y personas cercanas. Dentro de las filas de las adicciones se encuentran una cantidad considerable de sustancias y de conductas, pues no solo las conductas placenteras son susceptibles de convertirse en una dependencia, sino que también el mercado de las sustancias trabaja continuamente por no perder ganancias y sobre todo por aumentar su lista de usuarios.

Las adicciones generalmente son un tema difícil de abordar, pues alrededor de ellas existe una serie de creencias, tabúes y estigmatizaciones. Las adicciones no son visualizadas como un problema de salud, sino que pasan de ser minimizadas a ser algo terrible al grado de que se discrimina a las personas que las padecen. El abordar algunas sustancias y conductas como adicción resulta bastante controversial, ya que de trasfondo existen diversos intereses, como lo pueden ser económicos, sociales, políticos, entre otros. Tal como sucede en México y Estados Unidos con la marihuana, en donde han surgido movimientos, consultas y peticiones por legalizarla ya sea en algún estado (en EUA) o en el país (México), lo anterior basado en la idea de que dicha sustancia puede ser usada con fines medicinales, lo cual no fue ni será cuestionado dentro de este trabajo, sin embargo si se cuestiona el hecho de que no se indague más a fondo sobre las consecuencias del uso de la marihuana, pues es claro que existe evidencia médica, psicológica y psiquiátrica, que demuestra la dependencia de personas a esta sustancia.

En cuestiones económicas la marihuana también es disputada por los denominados “carteles” los cuales se dedican a la producción, distribución y comercio de drogas ilícitas, parece que algunos gobiernos también se encuentran interesados, estos argumentan que al legalizar la marihuana las sanguinarias disputas entre carteles terminarían, sin embargo al no mostrar

mayor interés para prevenir su consumo, sugiere que solo se preocupan por formar parte del negocio.

En lo que respecta a conductas, estas en su mayoría no reciben la atención necesaria, ya que generarían pérdidas económicas para muchos interesados, tal es el caso de las compras o el juego patológico, pues aunque este último ya forma parte del DSM-IV no cuenta con la promoción necesaria para su prevención, al contrario cada día surgen diversas posibilidades de consumo, ya sea por internet o en la vida diaria se pueden encontrar fácilmente casinos, en donde solo se necesita demostrar que se es mayor de edad. En cuanto a la demanda de compras esta es cubierta satisfactoriamente, pues existen un sinnúmero de centros comerciales a los cuales se les invierte bastante tiempo y dinero para su cuidado, para que se encuentren perfectamente disponibles a diario.

La tecnología también se encuentra dentro de los intereses económicos, por lo cual un reconocimiento de adicción al uso de ésta, supondría enormes pérdidas, ya que la tecnología se encuentra en cada uno de los ámbitos de desarrollo del ser humano. Por otro lado, también tiene grandes implicaciones sociales y políticas, pues al reconocer la adicción a alguna tecnología generaría conflictos en ámbitos escolares, laborales, relaciones amistosas, etcétera; ya que la tecnología se ha instaurado en la vida de la mayoría de los seres humanos al haber generado cambios sociales y culturales muy significativos, lo cual podría ser la causa del poco interés que se presta a esta problemática.

Por lo que se considera oportuno darle la importancia que requiere cada una de las adicciones tanto las conductuales como a las sustancias, en general se sugiere no minimizar la problemática, pero también se sugiere un mayor estudio de cada una de las adicciones expuestas aquí, pues en el caso de las adicciones a las nuevas tecnologías, éstas o son minimizadas al grado de no ser consideradas como peligrosas o son catalogadas como algo “normal y cotidiano”, e incluso se puede llegar a los extremos al proponer no usarlas bajo ninguna situación. Lo cual no es una verdadera solución, pues la tecnología ha revolucionado la vida de los seres humanos, simplificando su vida cotidiana y sobre todo ha transformado la forma de comunicación, simplemente no se

puede esperar que la persona viva en abstinencia total, cuando la tecnología forma parte importante de la vida del ser humano.

Se tiene conocimiento de la creación e implementación de clínicas y programas tanto públicos como privados, que tienen por objetivo principal el tratamiento y rehabilitación de las adicciones ya sean conductuales o a sustancias, además se encargan de promocionar la prevención a las mismas, sin embargo se considera que esta actividad no ha sido reconocida como debiera, pues definitivamente y a todas luces es fundamental en la lucha contra las adicciones.

Durante esta lucha se debe poner atención a la población adolescente, ya que es en esta etapa donde se adquieren y definen estilos de vida, lo cuales influirán de forma importante en su futuro. Además de que es un periodo complicado para los jóvenes pues se ven vulnerables, moldeables, susceptibles ante situaciones de riesgo. Aunado a esto, los adolescentes se verán influenciados por modelos sociales y los entornos que los rodean, los cuales hoy en día no parecen ser los mejores para el mundo en general.

Al intervenir en la población adolescente se obtendrán mayores beneficios pues se podrán identificar, modificar o eliminar los hábitos de salud inadecuados, además de fomentar algunos otros que les permitan mejorar su calidad de vida. Se recomienda fomentar la cultura de la prevención dándole mayor importancia, pero sobre todo invirtiendo una mayor cantidad de tiempo y dinero a programas de carácter público. Cabe señalar que para el caso específico de México se deben sumar mejoras en el sistema de salud, educación y seguridad pública ya que actualmente no cuentan con la eficacia y calidad requerida.

México es un país que atraviesa por un periodo difícil en donde la violencia, la delincuencia y la desigualdad prevalece, en general parece que se encuentra en retroceso pues en los últimos años solo ha conseguido un pobre desempeño en áreas tan significativas como la económica, la educativa, de salud y de seguridad, entre otras. Es por esto que se considera importante que la familia de cuenta del papel trascendental que juega en la prevención de las adicciones, pues son los padres o tutores quienes tienen la oportunidad de

proporcionar factores de protección a sus hijos para que estos puedan hacerle frente a cualquier adicción.

Es claro que las dependencias no podrán ser erradicadas en su totalidad, sin embargo se cree que se puede intervenir y con ello disminuir considerablemente la cantidad de casos presentados en la actualidad, además de mejorar la calidad de vida no solo de los adolescentes, sino del resto de la población. Cabe mencionar que se requiere un mayor interés e intervención por parte del gobierno, pues es este el que tiene la oportunidad de promover grandes campañas y programas para prevenir las adicciones, tanto en el campo educativo como en el sector salud, también resultaría benéfico que en general los profesionales de la salud se interesaran por el tema.

Básicamente cada uno de los seres humanos debería mostrar interés por el tema de las adicciones, pues la pasividad no es la solución, no se espera que todos vivan escandalizados por dicho tema, pero si se sugiere informarse por prevención, ya que la mayoría de las conductas y sustancias aquí revisadas se encuentran disponibles y accesibles para una gran cantidad de personas. Sin embargo, existen personas que se rehúsan a informarse, pues no son conscientes que no pierden nada al hacerlo, simplemente es por prevenir posibles consecuencias, tal es el ejemplo de la recomendación que se les hace a las mujeres para revisar sus senos periódicamente o la aplicación de la prueba Tamiz a recién nacidos.

Para finalizar, se debe recordar la importancia de la psicología de la salud dentro de las adicciones, ya que ésta contribuye de forma significativa en la mejora de la salud, especialmente en la prevención que es en donde se debe encargar con más ímpetu, pues actualmente se trabaja más en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, pero es la prevención la que dará mejores resultados especialmente en las adicciones en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones: internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Kairós.

Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones: alimento, sexo, compras, televisión, juego, trabajo, internet*. Madrid: TEA.

Alvarado, R. R. (2006). *El papel del psicólogo de la salud en la CUSI Almaraz*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Alviso, M. (2012). *8 años de Facebook*. Revista Mexicana de Comunicación. De <http://mexicanadecomunicacion.com.mx/rmc/2012/02/05/8-anos-de-facebook/>

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Elsevier Masson.

American Psychological Association (2012). *Health Psychology*. Recuperado de <http://www.apa.org/about/division/activities/index.aspx>

American Psychological Association. (2008). *DSM-IV: Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.

Amigo, Isaac, Fernández, Concepción y Pérez Marino. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Asociación Mexicana de Internet. (s.f.). *MKT Digital y Redes Sociales en México* 2012. De <http://www.amipci.org.mx/?P=editomultimediafile&Multimedia=198&Type=1>

Balaguer, R. (2008). *¿Adicción a internet o adicción a la existencia?* Revista Digital Universitaria, 9 (8), 1xx-12xx.

Becoña, E., Vázquez, F. y Lino, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. España: Síntesis.

Brannon, Linda y Feist, Jess. (2001). *Psicología de la salud*. España: Internacional Thomson.

- Buela-Casal, Gualberto; Caballo, Vicente y Sierra, Carlos. (1996). *Manual de evolución en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo Veintiuno.
- Cantú, R. y López, G. (2009). *Psicología de la salud: antecedentes, aplicaciones y propuestas*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cañas, J. (2004). *Antropología de las adicciones: psicoterapia y rehumanización*. Madrid: Dykinson.
- Castells, P. y Bofarull, I. (2002). *Enganchados a las pantallas: televisión, videojuegos, internet y móviles*. España: Planeta.
- Casullo, María. (1996). (comp). *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. Barcelona: Paidós.
- Chóliz, M. y Marco, C. (2012). *Adicción a internet y redes sociales: Tratamiento psicológico*. Madrid: Alianza.
- Chóliz, M., Villanueva, V. y Chóliz, M. (2009). *Ellas, ellos y su móvil: uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia*. *Revista Española de Drogodependencias*, 34 (1), 74-88.
- Cornellá, J. (2009). *Hablemos de adolescencia*. Cataluña: CCG Edicions.
- Dorantes, A. F. y Viques, V.V. (2004). *El quehacer del psicólogo de la salud*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. México: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. España: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2012). *¿Existe realmente la adicción al sexo?* *Adicciones*, 24, 281-285.
- Echeburúa, E. y Requesens, A. (2012). *Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Becoña, E. y Labrador, F. (2010). *El juego patológico: avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Labrador, F. y Becoña, E. (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Resultados nacionales 2012*. De <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Escobar, J. (2009). *Introducción a las tecnologías de la información*. España: UAH.

Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. México: Pearson Educación.

Gámez-Guadix, M., Orue, I. y Calvete, E. (2013). Evaluation of the cognitive-behavioral model of generalized and problematic Internet use in Spanish adolescents. *Psicothema*, 25, 299-306.

Gámez-Guadix, M., Orue, I. y Calvete, E. (2013). *Evaluation of the cognitive-behavioral model of generalizad and problematic internet use in Spanish adolescents*. *Psicothema*, 3, 299-306.

García, J. (2013). *Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales*. *Health and Addictions*, 13 (1), 5-14.

Giner, F. y Cervera, C. (2001). *Trastornos adictivos. Drogodependencias: clínica y tratamientos psicobiológicos*. Valencia: Consejería de Bienestar Social.

Goldstein, A. (1995). *Adicción*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santracruz, H. y Uribe, M. (2008). *Psiquiatría clínica: Diagnostico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Medica Panamericana.

Gómez, E. (2005). *El riesgo de vivir: Las nuevas adicciones del siglo XXI*. Madrid: Vivir mejor.

Google. (2011). *Google: Oficial Blog*. De <http://googleblog.blogspot.mx/2011/06/introducing-google-project-real-life.html>

Granados, D.E. y Chávez, J.G. (2004). *La salud de los jóvenes en el umbral del siglo XXI. Estudio de caso: Estudiantes de la FES Iztacala*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Guerreschi, C. (2007). *Las nuevas adicciones: internet, trabajo, sexo, teléfono celular, compras*. México: Lumen.

Instituto de Investigaciones Jurídicas. (2012). *Encuesta nacional de valores en juventud 2012*. De <http://www.juridicas.unam.mx/invest/areas/opinion/envaj/>

Instituto Mexicano de la Juventud. (2008). *Programa Nacional de Juventud*. De http://www.imjuventud.gob.mx/archivos/pdfs/trans_programa_nacional_de_juventud.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Estadísticas sobre disponibilidad y uso de las tecnologías de información y comunicaciones en los hogares*. De http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/endutih/endutih2012.pdf

Interactive Advertising Bureau México (2010). *IAB México presenta la quinta edición del Estudio de Consumo de Medios entre Internautas Mexicanos*. De http://www.iabmexico.com/Estudio_Consumo_Internautas_2013_Mexico

Islas, O. y Gutiérrez, F. (2013). *Las dimensiones de internet en 2012*. Revista Mexicana de Comunicación. De <http://mexicanadecomunicacion.com.mx/rmc/2013/04/22/las-dimensiones-de-internet-en-2012/>

Jeffrey, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.

Larger, F. y López, F. (2002). *Manual de drogodependencias para profesionales de la salud*. España: Librería Universitaria.

León, José. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC.

López-Ibor, J., Ortiz, T. y López-Ibor, M. (1999). *Lecciones de psicología médica*. Barcelona: Masson.

Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. España: Médica Panamericana.

Maddaleno, M., Morello, P. y Infante-Espínola, F. (2003). *Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década*. *Salud Pública de México*, 45, S132-S139.

Maisto, S., Connors, G. y Dearing, R. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*. México: Manual Moderno.

Marks, D. (2008). *Psicología de la salud teoría, investigación y practica*. México: Manual Moderno.

Martínez, K., Salazar, M., Ruiz, G., Barrientos, V. y Ayala, H. (2004). *Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. De: http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/intervencion_breve.pdf

Matute, H. y Vadillo, M. (2012). *Psicología de las nuevas tecnologías: de la adicción a internet a la convivencia con robots*. España: Síntesis.

McKinney, J., Fitzgerald, H. y Strommen, E. (1982). *Psicología del desarrollo: Edad adolescente*. México: Manual Moderno.

Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

Oblitas, Luis. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Internacional Thompsom.

Olvera, M. J. y Soria, T. M. (2008). *La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11, 149-158. Recuperado de [http:// www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/.../17667](http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/.../17667)

Organización Mundial de la Salud (2010). *Enfermedades no transmisibles*. De http://www.who.int/nmh/countries/mex_en.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. De http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44000/1/9241544686_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. De http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Campañas mundiales de salud pública de la OMS*. De <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2013/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Temas de salud*. De http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Jóvenes: opciones y cambios: Promoción de conductas saludables en los adolescentes*. Washington, D. C.

Papalia, D. Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.

Pedrero, E., Rodríguez, M. y Ruiz, J. (2012). *Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura*. *Adicciones*, 24 (2), 139-152.

Peñaloza, J. (2010). *La juventud mexicana una radiografía de su incertidumbre*. México: Porrúa.

Perinat, A. (2002). *Psicología del desarrollo: del nacimiento al final de la adolescencia*. Barcelona: UOC.

Perinat, A., Corral, A., Crespo, I., Doménech, E., Font-Mayolas, S., Lalueza, J., Larraburo, I., Martínez, G., Moncada, A., Raguz, M., y Rodríguez-Tomé, H. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial UOC.

Poy, L. (2012, 13 de octubre). Crece el uso de inhalantes entre los jóvenes de enseñanza media. *La jornada*, p.33.

Puentes, M. (2008). *Tu droga, mi droga, nuestra droga: como entender y que hacer a la problemática de la drogadicción*. Buenos Aires: Lugar.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*. De <http://www.rae.es/rae.html>

Reséndiz, O. (2007). *La adicción a los videojuegos: estudio exploratorio de los patrones de juego en adolescentes y jóvenes*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Revista del Consumidor. (2013). *Tendencias del consumo: juegos en línea*. Revista del Consumidor. De <http://revistadelconsumidor.gob.mx/?p=29158>

Revista Interactive. (2011). *Interactive Magazine*. De <http://revistainteractive.com/twitter-celebra-su-septimo-cumpleanos/>

Reynoso, Leonardo y Seligson, Isaac. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Rice, P. (2000) *Adolescencia desarrollo, relación y cultura*. Madrid: Pearson educación.

Rodríguez, J. y Frenzi, M. (2011). *Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente*. *Salud y drogas*, 11, 95-114.

Ruiz, M. (2005). *Actualización en drogodependencias. Análisis histórico, social y sanitario*. Alcalá la real: Formación Alcalá.

Sánchez- Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). *La adicción a internet y al móvil: ¿moda o trastorno?*. *Adicciones*, 20, 149-160.

Sánchez, S. e Iruarrizaga, I. (2009). *Nuevas dimensiones, nuevas adicciones: la adicción al sexo en internet*. *Psychosocial Intervention*, 18, 255-268.

Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. España: McGraw-Hill.

Secretaria de Salud (2002) *Programa de Acción: Programa de atención a la adolescencia.* De

<http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/variados/MANUAL%20ADOLESCENCIA.pdf>

Secretaria de Salud (2011a). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de alcohol.* De

http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

Secretaria de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012.* Recuperado de

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf

Secretaria de Salud. (2011b). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de drogas ilícitas.* De

http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS.pdf

Secretaria de Salud. (2011c). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de tabaco.* De

http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ENA_2011_TABACO.pdf

Shelley, E. (2007). *Psicología de la salud.* México: McGraw-Hill.

Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Souza, M. (2010). *Psiquiatría de las adicciones: Guía para profesionales de la salud.* México: Fondo de Cultura Económica.

Tapia-Conyer, R. (1994). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas.* México: Manual Moderno.

The History Channel Latin America. (2013). History. De <http://mx.tuhistory.com/zona-de-tecnologia/decada-del-80/telefono-celular.html>

Todd, L. (2008). *Adicciones: enfermedades del siglo XXI.* Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.

Valleur, M. y Matysiak, J. (2005). *Las nuevas adicciones del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.

Vega, L., Merino, L. y Cano, M. (2009). *Las e-adicciones: dependencias en la era digital: ciberjuego, cibersexo, comunidades y redes sociales*. Barcelona: Nexus Médica Editores.