



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Crisis emocionales, dependencias psicoactivas y dependencias emocionales: una propuesta de tratamiento multimodal

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

**Gabriel Villegas Espinosa**

Directora:  Dra.  Patricia Matilde Valladares de la Cruz

Dictaminadores: Lic.  Christian Thalía Ocegüera Álvarez

Mtra.  Elsa Guadalupe López Morales



Facultad de Estudios Superiores  
IZTACALA

Aprobado  
*[Firma]*  
27/02/2023

Los Reyes Iztacala, Edo de México,



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## Resumen

En la presente tesis, se describen y analizan los factores psicológicos que predisponen a generar una crisis, asimismo se describen los procesos de intervención adecuados que permitan enfrentarlas de manera funcional previniendo la posible tendencia de que las personas resurjan a su vida con una o más dependencias. Por lo tanto, se propone un modelo de intervención multimodal, compuesto por técnicas de psicoterapia como mindfulness, intervención en crisis de primer y segundo orden, manejo de contingencias para la erradicación de conductas adictivas y, Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), para atender estos fenómenos de una manera funcional. Se concluye que estos fenómenos están interrelacionados por el desequilibrio del organismo, la vulnerabilidad, el nivel de auto regulación emocional y el desajuste de la vida, por lo que una crisis predispone a adquirir una o más dependencias y, una dependencia tendrá la tendencia a vivenciar una secuencia intermitente de una o más crisis.

Palabras clave: crisis, dependencia, desequilibrio, desorganización, vulnerabilidad.

## Índice

Resumen.....	1
Índice.....	2
Prólogo.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1.....	12
Crisis .....	12
1.1. Teoría de las crisis .....	12
1.2. Definición .....	16
1.3. Estructura de las crisis .....	22
1.4. Tipos de crisis (vitales y circunstanciales) .....	25
1.4.1. Crisis vitales o de desarrollo .....	25
1.4.2. Crisis situacionales o circunstanciales .....	26
1.5. Factores precipitantes: causas .....	30
1.6. Consecuencias .....	34
Capítulo 2.....	46
Dependencias psicoactivas.....	46
2.1. Antecedentes históricos.....	46
2.2. Definición.....	52
2.3. Tipos.....	58
2.4. Características.....	66
2.5. Factores precipitantes. ....	68
2.6. Consecuencias .....	75
Capítulo 3.....	83
Dependencias emocionales .....	83
3.1. Antecedentes.....	84
3.2. Definición.....	85
3.3. Características.....	88
3.4. Características de las personas que buscan los dependientes emocionales .....	93
3.5. Factores precipitantes .....	95

3.6. Consecuencias .....	99
Capítulo 4.....	103
Propuesta de intervención multimodal para el tratamiento de crisis, dependencias emocionales y dependencias psicoactivas.....	103
4.1. Intervención en crisis .....	103
4.1.1. Definición .....	104
4.1.2. Objetivos de la intervención en crisis .....	105
4.1.3. Evaluación de una situación de crisis .....	106
4.1.4. Características del psicólogo especializado en intervención en crisis .....	108
4.1.5. Tipos de intervención: (Intervención en crisis de primer y segundo orden) .....	109
4.1.6. Intervención de primer orden/primeros auxilios psicológicos .....	110
4.1.7. Intervención en segundo orden/terapia en crisis .....	113
4.2. Manejo de contingencias para la erradicación de conductas adictivas.....	117
4.2.1. Definición .....	117
4.2.2. Aplicaciones .....	119
4.3. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).....	123
4.3.1. Definición .....	124
4.3.2. Objetivos de la TREC .....	125
4.3.3. El modelo ABC de la TREC .....	127
4.3.4. Terapia Racional Emotiva Conductual y sus aplicaciones en el amor .....	128
4.4. Mindfulness.....	130
4.4.1. Definición .....	131
4.4.2. Características del Mindfulness .....	135
4.4.3. Práctica de Mindfulness .....	135
4.4.4. Mindfulness para el tratamiento de adicciones .....	137
Conclusiones.....	142
Referencias .....	149

## Prólogo

Sentado, desorbitado y con el cuerpo magullado mirando de frente a un camión que venía directo a mí, me encontré de frente con mi realidad, la realidad...

Me encontraba en una del sinfín de crisis que experimenté en los últimos dos años y medio, tuve la brillante y poco sensata idea de subirme a una patineta y deslizarme en sentido contrario por una pendiente. No estaba bajo los efectos de ninguna sustancia, esa decisión tan imprudente de dejarme al vuelo a mis 25 años sólo fue el resultado de tantas crisis no tratadas. Mi único miedo era el de enfrentarme a mi realidad. Después de haber vivido una etapa autodestructiva, con sentimientos sombríos e indecisos, sólo quería escapar...

Pero, ¿escapar de qué?, a qué tanto le estaba huyendo, ¿qué era lo que me hostigaba a tal grado de cometer esa imprudencia? Probablemente el hecho de que después de egresar, se desvaneció toda mi motivación y ambición acerca de mi proceso de titulación, ejercer haciendo la psicología que tanto me apasionaba, concursar para acceder a un posgrado tal vez; o, sería acaso el hecho de sentirme inútil, de no tener un trabajo estable a mis 25 años, de sentir "que no estaba haciendo algo con mi vida" y que esta se me estaba escapando de las manos. No pararía de enumerar las ideas y comportamientos que me tenían en ese estado de huida, vulnerable, de desorganización, de crisis...

Me encontraba decepcionado de mí mismo ya que no me percibía como el mismo joven de 22 años que egresó de la carrera con ganas de hacer todo, de comerme al mundo y comenzar a construir mi carrera profesional, dos años y medio después sólo estaba huyendo de esos pensamientos que día a día me atormentaban, como un preso que está condenado a cadena perpetua y sabe que invariablemente sus días serán lineales y monótonos hasta el fin de su vida.

Me desesperaba, sentía que el tiempo pasaba y yo seguía siendo ese preso, el tiempo me asfixiaba cada vez más, hacía todo menos enfocarme a mis cosas, me enganchaba con una cosa, me enganchaba con otra, a fin de cuentas, eran meros

distractores que por momentos breves me hacían sentir de nuevo útil, vivo. Tenía tantas ganas de salir de ese estado turbio, pero al mismo tiempo tanto miedo de hacerlo.

Ahora, después de ocho meses lo entiendo todo, ya no me culpabilizo por sentir y vivir lo que fue esa etapa en su momento, es parte de mí, de mi historia, gracias a ello estoy escribiendo estas líneas con mucho orgullo, agradezco haberme caído de la patineta, porque más allá del pavimento, me caí de ese estado en el que me encontraba.

Con la ayuda de mis seres queridos, de mis amigos, de mi pareja de vida, de mi gran Maestra, pude sobreponerme, hacer una introspección después de esa caída en la patineta, la cual reflejaba una caída de mi vida y, darme cuenta que no necesitaba escapar de nada, tenía que afrontarlo trabajando en ello.

Es así como nace la idea de esta investigación, pues ¿qué otros temas sino los que vivencí en carne propia, podrían ser mejores para investigarlos?, para comprenderlos y explicarlos, para no volver a escapar...

Porque las crisis siempre estarán en nuestro día a día, de ellas no podemos escapar, no tenemos control de eso, lo que está en nuestro poder es decidir cómo afrontarlas, cómo sobreponernos y, de algo que pareciera la peor de las catástrofes, tomar algo bueno, desarrollarte con la crisis.

## Introducción

Las crisis son sucesos inherentes a la vida, la vida en sí misma es una secuela de ellas. Existen un sinnúmero de crisis como las provocadas por desastres naturales, que la mayoría de las personas experimentan a lo largo de las etapas de sus vidas como lo es la pérdida de un ser querido, la transición del lugar de residencia, de trabajo, de etapas escolares, o bien, crisis provocadas por contingencias como es el caso de accidentes vehiculares, una caída, la ruptura de una relación, etc.

En el día a día las personas se enfrentan a un sinnúmero de contingencias que potencialmente pueden provocar una crisis, un ejemplo sencillo es remitirse a una persona que pierde el transporte para llegar al trabajo o escuela y, por ende, llegará tarde. La piedra angular de si este suceso se convierte en crisis o no, radica en el repertorio de afrontamiento de problemas de la persona, es decir, como la persona ha enfrentado situaciones similares con antelación.

Tomando el ejemplo de la persona que perdió el transporte, si esta tiene una perspectiva relajada hacia la vida, si decide tomarse un momento, respirar y pensar en otras alternativas para llegar a su destino, en lugar de ensimismarse en una secuencia de pensamientos irracionales que la bloquearán, la desequilibrarán y la llevarán a actuar de forma inadecuada, este suceso de perder el transporte no representará para sí un problema mayor. Por lo tanto, se concibe a una crisis cuando la persona no logra afrontar el suceso precipitante con sus medios habituales de resolución de problemas.

De la misma manera que las crisis, no se puede concebir la historia social de la humanidad y el consumo de sustancias que alteran las funciones del organismo por separado. El consumo de sustancias psicoactivas está estrechamente ligado a los hábitos y dinámicas de convivencia social de las personas, se puede poner como ejemplo una fiesta, en la que la bebida más predominante por la mayoría de los integrantes es de origen etílica, y, por lo tanto, todas aquellas personas que no consuman este tipo de bebidas no estarán dentro de los parámetros normativizados de convivencia.



Históricamente, el consumo de este tipo de bebidas está asociado a rituales y a dinámicas sociales.

No obstante, a pesar de que existe una aprobación social por el consumo de ciertas sustancias psicoactivas legales, como lo es el tabaco o el alcohol, no se puede dejar de lado que ya sea legales o no, aprobadas socialmente o no, naturales o químicas, no dejan de ser sustancias que alteran nuestro organismo a nivel biológico afectando nuestro cerebro y su funcionamiento, a nivel psicológico repercutiendo en la forma de pensar y, por ende, a nivel social alterando el comportamiento, generando así un grado de adicción que puede, potencialmente convertirse en una dependencia.

En concordancia con lo anterior, cabe destacar que las sustancias psicoactivas no son el único medio por el cual las personas pueden llegar a tener una dependencia. Son muchos los medios que predisponen a que una persona la genere. Un claro ejemplo de esto son las dependencias emocionales.

Las relaciones sociales son parte fundamental de la vida de las personas, desde pequeños, los niños descubren el mundo a través de las relaciones interpersonales, aprenden a comunicarse, a socializar, a comportarse y responder ante los estímulos de los diferentes contextos. El aprendizaje se realiza en las casas, en las escuelas, en los grupos sociales, etc. En otras palabras, las relaciones sociales son parte fundamental de la especie humana, al ser una especie que tiene como principal rasgo la socialización.

Tal como lo indica el ciclo de la vida desde la biología: nacer, crecer, reproducirse y morir. En este sentido es inconcebible poder reproducirse sin que exista una mínima relación previa. Así, las relaciones interpersonales fungen un papel esencial en la vida saludable de los seres humanos. En términos psicológicos, las relaciones sociales son fundamentales para el bienestar de las personas, ya que por medio de estas se construye y transmite el conocimiento, se comparten experiencias y emociones, se crece y se desarrolla.

Sin embargo, existen relaciones que dejan de ser saludables y tienen una tendencia autodestructiva, tal es el caso de las relaciones en las que está presente la dependencia emocional. Este tipo de dependencia, aunque infravalorado, suele estar

presente en muchas personas afectando sus estilos de vida de formas similares a como lo haría una dependencia a algún psicoactivo.

Es importante señalar que las crisis, las dependencias emocionales y psicoactivas no son fenómenos que estén separados. Una crisis no tratada o tratada de una manera inadecuada, se predispone como un factor preponderante para la adquisición de conductas de riesgo, pensamientos irracionales, conductas mal adaptativas y disruptivas.

Como se mencionó, una crisis es un estado de desorganización y desequilibrio, en el cual la persona se percibe así misma como vulnerable ante la situación precipitante. De la misma manera que lo hace una persona que se encuentra en una dependencia. En ambos casos la vulnerabilidad está presente, ya sea por la abstinencia o por la presencia de culpabilidad y remordimiento después de haber saciado la necesidad de dicha dependencia.

Dichos sucesos se evidencian con la aparición de contingencias ya sean de carácter social, psicológico, económico, natural, o físico; los cuales suelen presentarse como factores amenazantes que fracturan la normalidad y equilibrio de las personas, colocándolas en situaciones complejas difícil de resolver con las capacidades previamente obtenidas en sus repertorios de afrontamiento de problemas.

Tomando en cuenta los planteamientos expuestos, es menester presentar una propuesta de intervención multimodal, compuesta por diferentes tipos de técnicas psicológicas, que, por separado se encuentran en diferentes teorías y conceptualizaciones, pero tomándolas como un conjunto pueden resultar eficaces para el tratamiento de dependencias psicoactivas y emocionales y, de crisis.

El interés que motivó este trabajo surge a partir de los cambios sociales, biológicos y psicológicos por los cuales atraviesan las personas, los cuales están ligados a la naturaleza de la vida humana. En palabras de Acevedo y Romel (2014) ninguna sociedad queda exenta del afrontamiento a problemas psicosociales y estos “afectan en mayor o menor grado a la sociedad dependiendo del nivel de desarrollo que haya logrado alcanzar un país (Acevedo y Romel, 2014)”.

La presente tesis se realizó con una metodología descriptiva. Utilizando una amplia bibliografía de las investigaciones y estudios enfocados a estos fenómenos.

Atender una crisis a tiempo y de una manera correcta y eficiente, disminuirá las probabilidades de que una persona pueda generar dependencias, no obstante, es menester identificar el momento preciso y llevar a cabo una correcta intervención en crisis, fundamentada, atendiendo a cada una de las fases y, tomando como preponderante las características particulares de cada persona.

Desafortunadamente, tal como lo expresan Salazar, Caballo y González (2007) durante las últimas décadas son más frecuentes los servicios de emergencia y atención en crisis, existiendo un sinnúmero de modelos y métodos a seguir, no obstante, esto ha creado un sesgo dentro de estas intervenciones y por ende existe “un pequeño número de programas de intervención en crisis que esté basado en pruebas y que tenga documentada su eficacia, esto debido en parte, a que seguramente dentro de las principales preocupaciones en las crisis, está brindar ayuda y no en llevar a cabo una investigación sistemática” (Myer y Moore, 2006; Roberts y Everly, 2006; Westefeld y Heckman-Stone, 2003, en Salazar, Caballo y González, 2007, p. 390).

Algunos autores como Slaikeu (1996), refieren que a pesar de los grandes avances que existen dentro de las investigaciones en intervención en crisis, siguen existiendo sesgos como la duración, los objetivos, la evaluación y las estrategias, etc. Lo cual hace surgir como pertinente un modelo de intervención en crisis general y, que a su vez pueda ser adaptado a las características individuales según sea el caso.

En el caso de las dependencias, por ejemplo, es imprescindible la creación de nuevos métodos de divulgación y prevención, debido a que tal como lo mencionan Díaz-García, et. al, (2014), aunque existen diversos programas enfocados a la prevención de la salud en relación con el consumo de sustancias ilícitas, existen aún juicios erróneos por parte de la población acerca de los efectos de dichas sustancias.

Al respecto Pereira y Pilon (2011) mencionan que son muchos los factores que impulsan a las personas a iniciar el consumo de sustancias psicoactivas, debido a que cada persona establece relaciones diferentes con ellas, y estas no siempre generan

algún tipo de dependencia. Sin embargo, en los últimos años esto se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, sobre todo en la etapa de la adolescencia, ya que es en esta etapa cuando los jóvenes experimentan una serie de cambios físicos biológicos y psicológicos que, por lo general, los inclinan a estados vulnerables. De la misma manera, Niuris (2016) pronuncia que es imprescindible resolver esta problemática, actuando con mayor focalización en los individuos que atraviesan por dicha etapa.

De acuerdo con los argumentos anteriores, la presente tesis surgió con la intención de buscar completar esos vacíos teóricos, a fin de encontrar una relación entre una crisis y la predisposición a formar dependencias, asimismo, buscó describir un programa de intervención en crisis que se adapte a las características particulares y, pueda ser eficaz para la prevención de dependencias.

Por lo tanto, el objetivo general de esta tesis fue describir y analizar los factores psicológicos que predisponen a generar una crisis, asimismo describir los procesos de intervención adecuados que permitan enfrentarlas de manera funcional previniendo la posible tendencia de que las personas resurjan a su vida con una o más dependencias.

Asimismo, los objetivos particulares fueron:

- Describir las fases y el proceso de un modelo de intervención en crisis funcional.
- Identificar los principales factores psicológicos que predisponen a la creación de dependencias.
- Proponer un programa multimodal que tome características particulares en personas con crisis, dependencias psicoactivas y emocionales.

En la presente tesis, se abordó describir y analizar los factores psicológicos que predisponen a una crisis, los procesos que se experimentan y los tratamientos adecuados, previniendo la posible tendencia a crear dependencias emocionales y psicoactivas que ayuden a sobrellevar las secuelas de dichas crisis.

Partiendo de lo anterior, en el primer capítulo se abordó el concepto de crisis, sus antecedentes históricos, la teoría de las crisis, los tipos de crisis y, finalmente se describieron las consecuencias que estas tienen en la vida de las personas.

En el segundo capítulo, se abordó la definición de sustancias psicoactivas, los tipos, su potencial daño a la salud y las consecuencias físicas, sociales y psicológicas de generar dependencia a ellas.

Seguidamente, en el tercer capítulo se esbozaron las diferentes acepciones que existen en cuanto a las dependencias emocionales, los factores precipitantes, tomando en cuenta las características y particularidades de las personas dependientes y, el perfil de las personas a las que se dependen (objeto). Finalmente, se presentaron las consecuencias que implica vivenciar este fenómeno.

En el cuarto capítulo se presentaron cuatro técnicas de intervención que aplicadas en conjunto pueden tratar las crisis y las dependencias emocionales y psicoactivas: Mindfulness, manejo de contingencias para la erradicación de conductas adictivas, Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) e intervención en crisis, exponiendo sus definiciones, características y sus aplicaciones.

En los resultados se encontró que los fenómenos crisis, dependencias emocionales y psicoactivas están interrelacionados por los siguientes factores: desequilibrio en el organismo, vulnerabilidad y desajuste de la vida. Una persona en crisis es propensa a adquirir una o más dependencias, debido al estado de desorden y fragilidad en su organismo, de la misma manera, una persona que se encuentra viviendo una o más dependencias, tendrá una tendencia mayor a experimentar una secuencia intermitente de crisis, debido a las consecuencias negativas psicológicas, biológicas y sociales que estas traen consigo.

Por lo tanto, es imperativo no dimensionar estos fenómenos por separado, sino percibirlos y atenderlos como una problemática compleja a nivel individual y social, psicológico, fisiológico, cognitivo y conductual.

Por último, es menester señalar que una dependencia emocional, psicoactiva o una crisis no son sinónimo de desastre. Las crisis son parte fundamental de la vida, por lo tanto, en lugar de escapar a ellas estas son una oportunidad invaluable para el desarrollo individual y social.

## Capítulo 1

### Crisis

Las crisis son sucesos inherentes a la vida, la vida en sí misma es una secuela de crisis. Existen un sinnúmero de crisis como las provocadas por desastres naturales, las crisis que la mayoría de las personas experimentamos a lo largo de las etapas de nuestras vidas, la pérdida de un ser querido, o bien, crisis provocadas por contingencias como es el caso de accidentes vehiculares, una caída, la ruptura de una relación, etc.

En el día a día las personas se enfrentan a un sinnúmero de contingencias que potencialmente pueden provocar una crisis, un ejemplo sencillo es remitirse a una persona que pierde el transporte para llegar al trabajo o escuela y, por ende, llegará tarde. La piedra angular de si este suceso se convierte en crisis o no, radica en el repertorio de afrontamiento de problemas de la persona, es decir, como la persona ha enfrentado situaciones similares con antelación. Se concibe a una crisis cuando la persona no logra afrontar el suceso con sus medios habituales.

En este capítulo, se abordará el concepto de crisis, comenzando por esbozar sus antecedentes históricos que dieron pie a la creación de la teoría de las crisis, posteriormente se presentarán una serie de definiciones a fin de que exista claridad sobre este tópico. Asimismo, se expondrán los tipos de crisis y sus características y, finalmente se describirán las consecuencias que estas tienen en la vida de las personas.

#### 1.1. Teoría de las crisis

En primer plano, es crucial esbozar un análisis referente a los dos tópicos principales de esta tesis, comenzando por sus antecedentes y principales hallazgos encontrados en los terrenos de la psicología. Siguiendo esta línea, es necesario precisar que respecto a la “crisis”, se puede encontrar una diversificación de acepciones

dependiendo el escenario donde se esté utilizando, no obstante, esta investigación se limitará únicamente a desarrollar el concepto de crisis desde un enfoque psicológico.

Un elemento importante a considerar es la concepción de una crisis como un desequilibrio de estructuras, dicho en otras palabras: es la fractura de nuestro bienestar y seguridad, lo cual tiene como resultado un estado de ansiedad y estrés ante el cambio. Dentro de dicho enfoque, existen un sinnúmero de definiciones en cuanto a crisis, tal es el caso de la propuesta por González de Rivera quien menciona que una crisis es “una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo” (González de Rivera, 2001, p. 36).

Es imprescindible tomar en cuenta los lineamientos teóricos en los que se basó la construcción de la teoría de las crisis, de acuerdo con Hoff (2001, en Rendon y Agudelo, 2011), el estudio de las crisis se remonta a principios del siglo XX con los aportes del trabajo de Sigmund Freud, acerca de la exposición del infante a diversos factores psicosociales, factores que predispondrían a un desequilibrio mental.

Sin embargo, Moos (1976, en Slaikeu, 1996) identifica cuatro grandes sucesos que dieron pauta para el estudio y la creación de la teoría de las crisis. En primera instancia hace mención a la teoría Darwiniana, en relación a su teoría evolutiva en la cual se explica la supervivencia de los organismos más aptos; un segundo cimiento refiere a la teoría de la psicología basándose en el desarrollo del ser humano, en este apartado Moss (1976, en Slaikeu, 1996) señala que fueron los aportes de Freud acerca de las pulsiones sexuales, y posteriormente los de Rogers (1961) y Maslow (1954) quienes se enfocaron en estudiar la autorrealización de las personas; una tercera fundamentación es la brindada por Erickson (1963) quien entre sus hallazgos más notables, proporcionó el ciclo vital de desarrollo, categorizándolo en ocho etapas; por último, la teoría de las crisis retomó los estudios empíricos sobre “cómo los humanos lidian con el estrés vital extremo” (Slaikeu, 1996).

No obstante, fue hasta la mitad del siglo XX cuando se formularía la primera teoría de crisis, propuesta por Lindemann (1944), autor quien elaboró una investigación y acción “a partir de su trabajo con sobrevivientes del incendio de Cocoanut Grove, Boston” (Rendon y Agudelo, 2011, p. 221).

Al respecto Slaikeu (1996) destaca que fue a partir de ese incendio, que se comenzaron a elaborar teorías e investigaciones por parte de Lindemann, acerca de los procesos de duelo que experimenta una persona tras una serie de desequilibrios o pérdidas; asimismo comenzaron las categorizaciones y etapas de dicho proceso. Tal como lo afirma Gálvez-Álvarez (2011) a partir de estos sucesos fue como se estableció el centro de Ayudas en Relaciones Humanas en el año de 1948, el cual tenía como característica y objetivo principal ayudar a los pacientes brindando terapia breve.

Años más tarde, Caplan, quien fuera ex colaborador de Lindemann tomaría los fundamentos de su teoría para reformular una teoría de la crisis, en la cual, citando a Bellak y Small se precisó que una crisis es “un estado provocado cuando una persona encara un obstáculo a las metas importantes de su vida, que por un tiempo resulta inmanejable por medio de la aplicación de métodos usuales para sobrellevar los problemas” (Bellak y Small, 1970 en Parada, 2012, p. 9).

De la misma manera, Caplan sugiere otra definición, concibiendo a la crisis como “un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas” (González de Rivera, 2001, p. 1298).

En dicha teoría Caplan añadió las fases en la que cada persona experimentaría durante dicho proceso, tales como “a) aumento inicial de la tensión luego del evento precipitante, b) interrupción en la vida cotidiana, c) estancamiento e incapacidad para resolver la crisis rápidamente, y d) mayor tensión, depresión o colapso mental” (Caplan, 1961 en Rendon y Agudelo, 2011, p. 222).

Entre los hallazgos más destacables de Caplan y, que fungieron como cimientos para la construcción de su teoría, fue haber encontrado en sus investigaciones en el hospital general de Massachusetts, a partir de realizar exámenes y pruebas a sus pacientes, se notaba un cambio drástico entre su vida antes y después de la crisis; dicho en sus palabras Caplan sostuvo que “un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber salido menos saludables de lo que había sido hasta antes de la crisis” (Caplan, 1964 en Slaikeu, 1996).



A la par de la creación de la teoría de la crisis de Caplan, surgió en Estados Unidos un movimiento nacional para la prevención del suicidio, con la creación del Centro de prevención de suicidio ubicado en los Ángeles, el cual de acuerdo con Slaikou (1996) comenzó únicamente con la intervención de casos graves de ideación suicida, brindando ayuda telefónica sin interrupción a personas que se encontraban en crisis, más tarde, este centro trascendería su enfoque de únicamente prevenir suicidios y “cambiaron rápidamente a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis” (Slaikou, 1996).

Partiendo de las teorías de Lindemman y Caplan, en palabras de Hoff (2001), fueron autores con un enfoque humanista tales como Maslow en 1970 y Erickson en 1973, quienes aportaron los postulados y fundamentos primordiales a la teoría de la crisis, tomando en cuenta “las capacidades del ser humano para aprender y crecer a través del ciclo vital” (Hoff, 2001 en Rendon y Agudelo, 2011, p. 222).

Como consecuencia de dicho movimiento, a partir de 1970 se comenzó a teorizar e investigar a profundidad la teoría de las crisis, retomando los principales fundamentos de Lindemann y Caplan, surgiendo de esta manera un sinnúmero de investigaciones relacionadas a la prevención e intervención en crisis. Asimismo, tras sucesos desequilibrantes a lo largo de la historia, han surgido organismos que se enfocan en la intervención de crisis, tal es el caso de la Comisión Nacional de Reconstrucción, creada en México a partir del terremoto de 1985, tal como lo expresan Hernández y Gutiérrez (2014), este organismo se creó a fin de apoyar y proteger a los ciudadanos afectados tras este terremoto.

De esta manera surge la intervención en crisis, la cual en palabras de Gantivia “ha sido asociado por lo general con la intervención que se hace en un primer momento a causa de la vivencia de un evento traumático (...) sin embargo, no sólo es ese primer momento, el cual es denominado primeros auxilios psicológicos, sino también la terapia que se realiza posteriormente” (Gantivia, 2010, p. 143).

De acuerdo con Blanc (Blanc en Musito, Herrera, Cantera y Montenegro, 2004, en Parado 2012), la intervención en crisis es un cambio de paradigma a lo que ya se tenía establecido como una terapia, ya que “marca la salida de los procesos terapéuticos del

ambiente, un tanto artificial, que representa un consultorio, así también, conlleva la prevención primaria de posibles trastornos psicológicos” (Blanc en Musito, Herrera, Cantera y Montenegro, 2004, en Parado 2012, p. 10).

## 1.2. Definición

Una vez expuestos los principales antecedentes y posturas teóricas de las que se tomó como referencia para la creación de una teoría de las crisis, es menester presentar una serie de definiciones a fin de tener una dimensión más amplia de la palabra crisis y, sus consecuencias para las personas. Es necesario precisar que respecto a la “crisis”, se puede encontrar una diversificación de acepciones dependiendo el escenario donde se esté utilizando, no obstante, esta investigación se limitará únicamente a desarrollar el concepto de crisis desde un enfoque psicológico.

Como se presentó en el apartado precedente, fueron principalmente tres autores (Lindemann 1944, Caplan 1961 y, Slaikeu 1988) los encargados de dar las primeras aproximaciones para la fundamentación de la teoría de las crisis, por tal motivo se expondrán sus definiciones en orden cronológico y, posteriormente se mostrarán una serie de definiciones que han surgido en los últimos años con el propósito de observar cómo ha evolucionado esta acepción desde 1944.

Siguiendo esta línea, Erich Lindemann en 1944 enfocó sus investigaciones a los sobrevivientes y familiares de fallecidos del incendio en Boston, en palabras de Poal (1990), Lindemann aportó a lo que hoy es la teoría de las crisis las características que presentan las personas en un proceso de duelo, tras haber experimentado una pérdida significativa, donde el dolor agudo frente a estas situaciones es preponderante.

Asimismo, Lindemann señaló que las personas pueden presentar uno o más de los siguientes síntomas no siempre en el orden que se presentan a continuación: “1) malestar somático, 2) preocupación por la imagen del fallecido, 3) culpa, 4) reacciones hostiles y, 5) pérdida de patrones de conducta” (Lindemann, 1944 en Poal, 1990, p. 123).

Por su parte Gerard Caplan ha propuesto varias definiciones acerca de crisis, no obstante, entre las más destacadas se encuentra la citada por González de Rivera (2001) quien alude a esta definición como "un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas" (Caplan, s.f. en González de Rivera, 2001, p. 2).

Sin embargo, Poal (1990) señala que para Caplan la palabra crisis refiere únicamente a una reacción emocional de una persona, ante un escenario amenazante. Asimismo, la autora refiere que dentro de la estructura de la teoría de las crisis propuesta por Caplan resalta el concepto de homeostasis, el cual consiste en que el organismo en todo momento se esfuerza por mantener un equilibrio con su entorno, dicho en palabras de Caplan "Cuando este equilibrio se ve amenazado por fuerzas fisiológicas o psicológicas, el individuo se involucra en actividades de resolución de problemas diseñadas para restaurar esta homeostática" (Caplan, en Poal, 1990, p. 124).

En contraparte de los argumentos precedentes se puede encontrar históricamente que el concepto crisis tiene distintas acepciones, Slaikou (1996) destaca que este concepto puede ser percibido de formas diferentes acorde a la cultura, asimismo, el autor hace mención que en la cultura china por ejemplo, la palabra crisis no refiere a un desequilibrio o una condición inestable como se refirió anteriormente, sino a una oportunidad de cambio, mediante el cual "se puede cercenar o enfermar, mejorar o empeorar" (Slaikou, 1996).

A juicio de González de Rivera, quien menciona que "las consideraciones negativas sobre la patogenicidad de las crisis no deben hacernos olvidar sus potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad" (González de Rivera, 2001, p.37).

Existen otro tipo de definiciones como la señalada por Fouce en el año 2018, quien concibe a una crisis como un evento inesperado para el organismo que demanda una respuesta anticipada, dicho es sus palabras "una crisis es algo puntual para lo que se nos exige algo puntual y momentáneo de respuesta (...) que obligue a tomar medidas

siempre excepcionales y únicas, esfuerzos que no se nos pedirían en otras circunstancias” (Fouce, 2018, p. 228).

Por otra parte, se puede concebir a una crisis como “una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico” (Lillibridge y Klukken, 1978, en Rubin y Bloch, 2001, p.29).

En palabras de Rocha, una crisis se da “cuando el sujeto siente que la situación es tan extrema que sus recursos o métodos previamente utilizados para solventar un problema, son ineficaces en la situación traumática” (Rocha, 2005, p. 3).

Por su parte, Valladares sostiene que una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para resolver situaciones particulares mediante los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Valladares, 2016 en Valladares y Rentería, 2016, p. 244).

Considerando lo anterior, una crisis es un evento inesperado que nos exige responder de una manera precipitada ante una situación, sin embargo, las crisis pueden surgir no solamente a partir de sucesos relacionados a interrelaciones personales, sino a cualquier tipo de evento desequilibrante, como lo puede ser un desastre natural, un hecho violento (asalto, secuestro, violencia intrafamiliar), bullying, la pérdida de un familiar, la ruptura de una relación, el desempleo, un accidente automovilístico, etc.

Al respecto, son varios los autores (Reynos y Selligson, 2004; López, Parada y Rubiños, 2009; Chinchilla, Correas y Quintero, 2004; Amaris, Angarita, Madariaga, Granada y Palacio, 2007; Parado, 2012, en Parado, 2012) que han pronunciado una serie de factores desencadenantes que predisponen a las personas a entrar en una crisis: diagnósticos médicos desfavorables, situaciones en las que la vida está comprometida, pérdidas que implican factores afectivos, situaciones delictivas y, percepción individual.

Por su parte, Slaikeu (1996) señala que existen una serie de problemas que las personas llegan a considerar como insuperables o fáticos, por tanto, las contingencias

no esperadas que por lo regular llegan a tener impactos negativos en nuestras vidas, las direccionan a encontrar una salida; más adelante, el autor refiere que “el daño físico así mismo, a la familia, los amigos o inclusive, a alguna persona ajena al problema, puede ser el resultado trágico” (Slaikeu, 1996).

Aunado a lo anterior, es importante tener en cuenta que una crisis puede ser experimentada de diferentes maneras, de acuerdo a la historia de aprendizaje de cada persona y sus estrategias de afrontamiento. Desde el punto de vista de Hyma y Tesar (1996) una crisis “tiende a ser una experiencia subjetiva, es decir, que el impacto que tenga en la persona un evento estresor, dependerá de sus recursos internos (tolerancia a la frustración, autoconcepto, condiciones fisiológicas) y externos (apoyo familiar, redes sociales de apoyo, etc.) que pueden influir en como asimila dicha situación, como de riesgo o como una oportunidad de cambio” (Hyma y Tesar, 1996 en Parado, 2012, p. 9).

En esta misma línea, surgen otras definiciones que tratan de abordar a la crisis en su totalidad, como la planteada por Slaikeu (1984) quien sugiere que las crisis son consideradas como “un estado temporal de total desequilibrio para un organismo, tanto a nivel físico como psicológico y, en el caso de los desastres, son subsecuentes a la ocurrencia de uno o varios acontecimientos ambientales” (Slaikeu, 1984 en Salazar, Caballo y González, 2007, p. 391).

Al respecto, Taplin (1971) tomando una línea cognitiva y debatiendo los postulados de Caplan acerca del homeostasis del organismo, señaló que “cuando las personas se encuentran inmersas en una crisis, padecen una interrupción temporal de sus procesos cognitivos al reaccionar a un estímulo perturbador” (Taplin, 1971 en Poal, 1990, p. 124).

Por otro lado, Gómez del Campo (1994) propone una definición congruente a los argumentos precedentes, mencionando que “una crisis es una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona, que coinciden con su desorganización psicológica y necesidad de ayuda (...) representa el peligro de una mayor vulnerabilidad mental como la oportunidad para el desarrollo de la persona (...) es una experiencia que siempre está presente en la vida de los seres humanos” (Gómez del Campo, 1994, en Rabelo, 2010, p. 123).

Aunado a lo anterior, es claro que las crisis son inherentes a la vida del ser humano, en este sentido son varios los autores que conciben a una crisis en dos rubros, por una parte, la inclinación de la persona hacia un estado negativo y, en contra parte hacia un estado de oportunidad de desarrollo personal.

Cabe destacar que Castillo y Rosete (2019) simplifican los argumentos de varios autores (González, 2013, Hernández, Gutiérrez y Estrada, 2014, López, Velasco y Rojas, 2016, Parada, 2009, Pineda y López, 2010, Secretaría de Salud, 2004, y Souza y cols., 2017) al mencionar que se puede concebir a una crisis como “un fenómeno temporal susceptible de dividirse para su estudio e intervención en fases y/o etapas de transición que llevará a la persona afectada a uno de dos estados posibles: la recuperación e incorporación de la crisis psicológica como parte de su vida, o la afectación de su salud mental” (Castillo y Rosete, 2010, p. 83).

Un elemento importante a considerar es la concepción de una crisis como un desequilibrio de estructuras, dicho en otras palabras: es la fractura de nuestro bienestar y seguridad, lo cual tiene como resultado un estado de ansiedad y estrés ante el cambio. Dentro de dicho enfoque, existen un sinnúmero de definiciones en cuanto a crisis, tal es el caso de la propuesta por González de Rivera (2001), quien menciona que una crisis es un estado que se caracteriza por ser inestable, el cual se presenta en el desarrollo de un proceso conflictuante, cuya solución determina su continuidad.

Siguiendo esta línea, es importante tener en cuenta que una crisis puede ser experimentada de diferentes maneras, de acuerdo a la historia de aprendizaje de cada persona y sus estrategias de afrontamiento. Desde otro punto de vista una crisis es una experiencia subjetiva, “el impacto que tenga en la persona un evento estresor, dependerá de sus recursos internos (tolerancia a la frustración, autoconcepto, condiciones fisiológicas) y externos (apoyo familiar, redes sociales de apoyo, etc.) que pueden influir en como asimila dicha situación, como de riesgo o como una oportunidad de cambio” (Hyma y Tesar, 1996 en Parada, 2012, p. 9).

Otros autores conciben a una crisis en una dimensión más amplia, incluyendo en sí otro tipo de factores como los culturales, sociales, familiares, económicos e incluso tomando en cuenta la historia de la persona, un ejemplo de esto es la definición brindada

por Bleichmar quien alude a una crisis como una “repercusión psicológica de complejas situaciones vitales, la forma en que estas son vividas por la persona, a partir de múltiples y muy variados factores histórico-coyunturales: su inscripción económico-social, familiar, etc.” (Bleichmar, 2005, en Rabelo, 2010, p. 123).

De la misma manera, autores más recientes sostienen que una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para resolver situaciones particulares mediante los métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Valladares, 2016 en Valladares y Rentería, 2016, p. 244).

Existen otro tipo de definiciones como la señalada por Fouce quien concibe a una crisis como un evento inesperado para el organismo que demanda una respuesta anticipada, dicho es sus palabras “una crisis es algo puntual para lo que se nos exige algo puntual y momentáneo de respuesta (...) que obligue a tomar medidas siempre excepcionales y únicas, esfuerzos que no se nos pedirían en otras circunstancias” (Fouce, 2018, p. 228).

En términos generales y apegándose a los postulados teóricos de Hoe, Rublin y Bloch, y Slaikeu (2001, 1998, 1996, en Castillo y Rosete, 2019) en cuanto a la definición de crisis se puede concebir como un desequilibrio, desorganización y confusión que eventualmente alcanzará alguna forma de reorganización, bien sea positiva o negativa, tanto para el individuo como para su entorno inmediato, en función del contexto cultural y de los factores psicosociales.

No obstante, se puede encontrar históricamente que el concepto crisis tiene distintas acepciones, Slaikeu (1984) destaca que este concepto puede ser percibido de formas diferentes acordes a la cultura, asimismo, el autor hace mención que en la cultura china, por ejemplo, la palabra crisis no refiere a un desequilibrio o una condición inestable como se refirió anteriormente, sino a una oportunidad de cambio, mediante el cual se puede desarrollar y evolucionar o bien, estancarse.

A juicio de González de Rivera, quien menciona que “las consideraciones negativas sobre la patogenicidad de las crisis no deben hacernos olvidar sus potenciales

efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad” (González de Rivera, 2001, p. 2)

Asimismo, la relevancia de una crisis en la vida de las personas radica en que es “una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida. De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis” (González de Rivera, 2001, p. 2).

Aunado a lo anterior, es imprescindible para la presente tesis, exponer la definición de Karl A. Slaikeu, propuesta en 1984 donde sostiene que una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikeu, 1984).

### **1.3. Estructura de las crisis**

Una vez expuestas algunas de las definiciones que describen a la palabra crisis, es menester dar a conocer la estructura general que las compone, dicho en otras palabras, la descripción de las fases que puede llegar a experimentar una persona que se encuentra dentro de una crisis.

No obstante, existen otros aportes como el caso de Jacobson (1968, en Poal, 1990) quien hace alusión a concebir los componentes de una crisis en externos e internos, el autor sostiene que dentro del aspecto social de la crisis se puede incluir cualquier cambio de rol u otras alteraciones en el comportamiento interpersonal, asimismo, los factores intrapsíquicos de la crisis enfatizan los cambios en los procesos conscientes e inconscientes provocados por la crisis, mientras que los aspectos somáticos de la crisis se refieren a las enfermedades somáticas que podrían desarrollarse como resultado de la crisis.

Como ya se mencionó, fue Gerald Caplan quien retomando los argumentos de Lindemann, profundizó y desarrolló una teoría de la crisis con una dimensión más amplia, en la cual describió las fases por las que las personas pasan al estar inmersas en una



crisis, tales como “a) aumento inicial de la tensión, b) interrupción en la vida cotidiana, c) estancamiento e incapacidad para resolver rápidamente, y d) mayor tensión, depresión o colapso mental” (Caplan, 1961 en Rendon y Agudelo, 2011, p. 222).

Con base en lo anterior, Slaikeu hace una mención más detallada de las fases propuestas por Caplan (1964, en Slaikeu, 1984):

- 1) Hay una elevación inicial de tensión por el impacto de un suceso externo, que inicia a su vez las habituales "respuestas para solucionar problemas".
- 2) La falta de éxito en estas respuestas para la solución de problemas, más el impacto continuado del suceso estimulante, fomenta el incremento de la tensión, los sentimientos de trastorno y la ineficiencia.
- 3) En tanto la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos para la solución de problemas. En este punto, la crisis puede desviarse por cualquiera de las siguientes opciones: reducción en la amenaza externa, éxito en las nuevas estrategias de enfrentamiento, redefinición del problema o la renunciación a propósitos fijos que resultan inasequibles.
- 4) Sin embargo, si nada de esto ocurre, la tensión aumenta hasta un punto límite que da lugar a una desorganización emocional grave (p. 24).

Por su parte, Sifneos (1960, en Poal, 1990) logró identificar cuatro características que constituyen a una crisis, el autor mencionó que: 1) el evento peligroso que inicia la cadena de reacciones que conducen a crisis. A veces es un evento inesperado repentino, mientras que otras veces puede ser un cambio de desarrollo; 2) un estado vulnerable del individuo que es fundamental para que se desarrolle la crisis; 3) el factor precipitante que es el evento o circunstancia final que hace que el evento peligroso insoportable y da lugar a la crisis; y 4) el estado de crisis activa.

En este punto es imperativo hacer mención que dentro de la bibliografía revisada, no existe una variación significativa a las cuatro fases que postula Caplan, no obstante, Valladares (2016, p. 250-251) en congruencia con las fases que postula Horowitz (1976, en Slaikeu, 1984, pp. 24-26), propone seis fases que pueden llegar a experimentar las

personas en unas crisis, cabe destacar que dichas fases surgen a partir de una perspectiva cognitivo-conductual.

- 1) En primera instancia, la autora alude al impacto emocional, la cual se caracteriza por un aumento de tensión física y emocional, en esta fase existen dos tipos de respuesta, las encubiertas que son todas aquellas en las que la persona no demuestra dicho aumento de tensión y, las respuestas comunes o abiertas en las que las personas suelen “presentar ataques de pánico, llorar, gritar o desmayos”. Cabe mencionar que es en esta fase cuando las personas ejecutan sus habilidades comunes de resolución de problemas, por lo cual se puede disminuir o aumentar dicha tensión.
- 2) Seguidamente la desorganización, en la cual las personas se sienten vulnerables y desorientadas al no poder resolver la situación problema y, percibirla como irremediable. Esta fase se caracteriza por una somatización de la tensión emocional, provocando a las personas malestares físicos.
- 3) La tercera fase es la negación, en la cual la persona ignora la situación o escenario que desencadenó la crisis, dicho en palabras de la autora: “la negación ayuda a hacer menos fuerte el impacto del suceso”.
- 4) La cuarta fase es la intrusión, en la cual la persona es totalmente consciente de los sucesos ocurridos, por tal motivo puede llegar a experimentar estados de ira, enojo y culpa.
- 5) La quinta etapa es la aceptación, en la cual las personas identifican, reconocen y examinan aquellos componentes relacionados a su experiencia en la crisis.
- 6) Por último, la autora menciona la fase de resolución, en la cual las personas se reincorporan a su “vida cotidiana” aceptando que el suceso que generó la crisis ahora es parte de su historicidad.

Por último, cabe resaltar que cualquier tipo de crisis tiene un periodo de tiempo limitado, en el cual esta puede desencadenar positiva o negativamente para las personas. Tal como lo indica Caplan (1964, en Poal, 1990) al referir a las crisis como limitadas en un periodo de tiempo de entre seis y ocho semanas.

## **1.4. Tipos de crisis (vitales y circunstanciales)**

Una vez esbozado la definición de crisis, es importante resaltar que en la bibliografía se presentan dos grandes categorías, por un lado, las crisis vitales que refieren a todas aquellas que tienen que ver con el desarrollo y evolución de las personas y, en cuanto a las crisis circunstanciales, estas se desarrollan con aquellas que tienen que ver con factores externos al desarrollo del ser humano.

### **1.4.1. Crisis vitales o de desarrollo**

En cuanto a las primeras, Slaikeu (1984) menciona que las crisis vitales o de desarrollo son todas aquellas que se relacionan directamente con los procesos de maduración de las personas, asimismo, el autor indica que este tipo de crisis “surgen en determinados momentos de la vida de las personas, para ser resueltos y luego dejarlos ir” (Slaikeu, 1984).

Cabe destacar que algunos autores como Harper y Peterson (1982, en Poal, 1990) relacionan a las crisis vitales o del desarrollo como crisis predecibles, que a su vez forman parte de procesos de la vida planificados, esperados o normales. Por su parte, Erikson (1956, en Poal, 1990) señala que las crisis de desarrollo son caracterizadas por un periodo de transición en el desarrollo de la personalidad, en el cual las personas pueden presentar trastornos cognitivos y afectivos.

En esta misma línea Slaikeu plantea una serie de ejemplos que pueden ser vistos como una crisis vital o de desarrollo, que puede experimentar una persona a cualquier edad, entre los que destaca: “conflictos de libertad e intimidad, compromisos con personas significativas, presiones de tiempo, reformulación de metas en la vida, realizar valoraciones y reconciliarse, aceptación de los éxitos y fracasos, etc.” (Slaikeu, 1984).

Aunado a lo anterior, es importante hacer mención que Slaikeu (1984) plantea que este tipo de crisis están directamente relacionadas con la transición de etapas, desde la infancia hasta la senectud, asimismo, indica que al estar inmersas en nuestro desarrollo

a través de las etapas, este tipo de crisis puede llegar a ser predecible, por ejemplo: la iniciación de actividades escolares, el cambio de grado académico, la adolescencia, etc.

En palabras de Slaikeu “en cada etapa del desarrollo existen ciertas tareas, y cuando hay interferencia en su realización, se hace posible una crisis” (Slaikeu, 1984). Al respecto, Danish y D'Augelli (1980, en Slaikeu, 1984) indican que para las personas la transición entre dichas etapas, en muchas ocasiones puede ser frustrada debido a una incapacidad o falta de habilidades de parte de las personas.

Por su parte, Erikson (1973, en Rendon y Agudelo, 2011) señala que en este tipo de crisis las personas suelen sentirse estancadas con respecto a la transición de los estadios de desarrollo.

Teniendo en cuenta lo anterior, Valladares (2016) declara que es desde la infancia, específicamente en el nacimiento, cuando ocurre la primera crisis de este tipo, ya que es en ese momento en que el niño comienza a respirar por su cuenta y tiene que recurrir al llanto para ser atendido.

#### **1.4.2. Crisis situacionales o circunstanciales**

En contraparte, las crisis situacionales o circunstanciales, son aquellas que están determinadas por factores ajenos (externos), al respecto Slaikeu (1984) indica que este tipo de crisis tienen un carácter accidental, por lo tanto se vuelven inesperadas para las personas, en contraste con las crisis vitales, las cuales pueden llegar a ser predecibles en la mayoría de los casos.

A juicio de Erikson (1956, en Poal, 1990) este tipo de crisis, por lo regular son periodos en los cuales la persona experimenta trastornos psicológicos y conductuales, debido a pérdidas significativas en su vida.

Siguiendo esta línea, cabe destacar que uno de los principales rasgos que determina una crisis circunstancial, radica en que estas surgen a partir de algún factor ambiental. Del mismo modo, otro rasgo principal de este tipo de crisis “es que el suceso

precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que éste se halla” (Slaikeu, 1984).

Asimismo, el autor propone una serie de escenarios que pueden ser concebidos como una crisis situacional, entre los que destaca: pérdida de seres queridos, desastres naturales como terremotos, incendios o inundaciones, víctimas de crímenes violentos como asaltos, violaciones y secuestros, cambios de residencia, divorcios, desempleo, etc.

Muchos autores expresan que cuando una persona está atravesando por una crisis situacional, es importante considerar que esta es repentina y tiene un carácter de urgencia, por tal motivo las respuestas más comunes “pueden incluir manifestaciones de estrés postraumático, tales como re-experimentación, hiper-activación, evitación, ansiedad, ira y aturdimiento” (Brown y Rainer, 2006; Stapleton, Lating, Kirkhart y Everly, 2006; en Rendon y Agudelo, 2011, p. 223).

Siguiendo con lo anterior, cabe destacar que las crisis de carácter circunstancial al ser sucesos inesperados, no planeados para las personas y, por ende, estas no cuentan con los medios (capacidades, habilidades) de afrontamiento puede aumentar la probabilidad de que el suceso en cuestión “represente retos que exceden de manera abrumadora la capacidad potencial de la persona para evitar o para asimilar el daño” (Freeman y Dattilio, 2007, en Flórez y Gantivia, 2012, p. 106).

En este punto, es imperativo hacer mención que Slaikeu (1984) postula cinco características principales que son inherentes a una crisis situacional:

- 1) Aparición repentina: pueden aparecer en cualquier edad sin aviso alguno, en muchas ocasiones son percibidas muchas crisis al mismo tiempo.
- 2) Imprevistas: en la mayoría de los casos, las personas no están preparadas para recibir una crisis situacional, tienden a tener pensamientos tales como “eso no me pasará a mí” “Le pasará a alguien más”.
- 3) Calidad de urgencia: en la mayoría de los casos, este tipo de estas crisis comienzan como urgencias con carácter de atención inmediata, por tal motivo, es imprescindible actuar rápido y adecuadamente.

- 4) Impacto potencial sobre comunidades enteras: en muchos casos, las crisis de carácter situacional afectan a una cantidad grande de personas de modo simultáneo, por ende, se requiere de una intervención masiva en un periodo relativamente corto.
- 5) Peligro y oportunidad: en muchas ocasiones, este tipo de sucesos inesperados exigen nuevos métodos de afrontamiento, al tiempo de dar la apertura a analizar y reelaborar conflictos personales no resueltos precedentemente (pp. 67-68).

En síntesis, cabe mencionar los argumentos de Valladares (2016) quien realiza una dimensión más amplia acerca de la composición de las crisis situacionales, mencionando que están directamente relacionadas con variables medioambientales como los desastres naturales, la violencia social, la criminalidad, violencia intrafamiliar, accidentes, homicidios, terrorismo, secuelas de guerra, pérdidas amorosas, etc.

Por otra parte, con objetivo de tener una dimensión más amplia acerca de los diferentes tipos de crisis, cabe destacar que varios autores han postulado diversas clasificaciones, tal es el caso de Rapoport (1967, 1970, en Poal, 1990) quien sugiere tres tipos de categorías, por una parte las crisis de desarrollo las cuales refiere como vitales y, que poseen una naturaleza y origen biopsicosocial; la segunda categoría propuesta por el autor son las denominadas crisis de transición de rol, las cual se relaciona con todo tipo de eventos contingenciales que tienen un impacto en la vida de las personas, tales como cambio de residencia, cambio o pérdida de empleo, comenzar o culminar una etapa académica, rupturas amorosas, etc.; por último, el autor menciona la categoría de crisis accidentales, las cuales aluden a cualquier tipo de evento desafortunado en el cual las personas pongan en riesgo su salud e integridad, cabe destacar que para el autor estos pueden ser naturales o de carácter socio cultural.

Otros autores como Harper y Peterson (1982, en Poal, 1990) han resumido su clasificación a dos categorías, las crisis predecibles y las crisis impredecibles; en las cuales, las primeras engloban a todos los eventos y contingencias que están directamente relacionados a procesos planeados y esperados dentro de las etapas de desarrollo; en contraste, la segunda categoría comprende a todos los eventos y contingencias repentinos e imprevistos, los cuales no son planificados ni esperados por las personas y, pueden presentarse indiscriminadamente en cualquiera de las etapas de

desarrollo, por ejemplo: desastres naturales, algún accidente, una enfermedad o la muerte.

Aunado a lo anterior, es menester hacer referencia a la categorización propuesta por Baldwin (1978, en Poal, 1990) quien postulo una clasificación extensa y detallada de una crisis emocional, categorizándola en seis elementos:

- 1) **Crisis disposicionales:** las cuales refiere como eventos caóticos desestabilizantes, que pueden ser solucionados fácilmente por medio de las habilidades de la persona.
- 2) **Crisis de transiciones de vida anticipadas:** este tipo de crisis refleja las contingencias que llevan al cambio en la vida de las personas, una característica de este tipo es que las personas tienen poco control acerca de estos eventos.
- 3) **Crisis resultantes de estrés traumático:** este tipo de crisis se caracteriza por ser desencadenada a partir de eventos repentinos no controlables ni predecibles, los cuales producen altos índices de estrés y fatiga emocional.
- 4) **Crisis de maduración y desarrollo:** esta categoría engloba las dificultades interpersonales que se suscitan cuando las personas tratan de sobreponerse a la transición de una etapa.
- 5) **Crisis que reflejan psicopatologías:** en estas, las personas suelen sentirse abrumadas debido a problemas emocionales, traumas psicológicos o eventos negativos precedentes, que dificultan su adaptación en el presente.
- 6) **Crisis por emergencias psiquiátricas:** en esta categoría, las personas se ven truncadas debido a un posible problema de carácter psiquiátrico.

A partir de los argumentos precedentes, es imperativo tener una dimensión amplia acerca de la composición, elementos y categorías de una crisis, para de esta manera, entender e identificar el tipo de crisis que se presenta en una persona y así, brindarle el tratamiento específico y adecuado, en el que se le brindarán las herramientas necesarias para su solución.

### 1.5. Factores precipitantes: causas

Como ya se esbozó precedentemente, una crisis puede ser desencadenada por múltiples factores, los cuales son subjetivos a cada persona, es decir, lo que un evento puede ser percibido como peligroso para una persona, para otra no y viceversa. En este sentido, Caplan (s.f. en Poal, 1990) expone que el principal factor que determina o no la ocurrencia de una crisis, radica en el desequilibrio que surge entre la dificultad y magnitud con que se percibe la situación de riesgo y, los recursos inmediatos con los que cuenta la persona para afrontarlo.

En este proceso, la dificultad de extender la crisis emocional es un ambiguo de emociones que se extiende en un precedente en la historia de aprendizaje del individuo, por ende, este actuará acorde a experiencias precedentes afines, de las cuales ha vivenciado ya sea como crisis o como una manera de oportunidad para desarrollarse, aprender nuevas formas de afrontamiento de problemas y, evolucionar como individuo.

Por consiguiente, es menester hacer mención de las palabras de Slaikeu (1996, en Rendón y Agudelo, 2011) quien refiere que una crisis puede ocurrir a partir de eventos con potencial prácticamente universal para desestabilizar o a partir de sucesos que no provocarían el mismo impacto en diferentes individuos, pero sí en uno particular, debido a la interacción de diversas circunstancias.

Asimismo, autoras como Fernández (2010) identifica que el evento o contingencia negativa que puede propiciar una crisis emocional, tiene sus bases en una naturaleza estresante, por ende, las reacciones de las personas ante este estrés inicial dependen de muchos factores, tales como la intensidad, momento de aparición, duración, grado de exposición, experiencia y personalidad. Del mismo modo, la autora plantea tres categorías sobre las cuales podemos tener una dimensión más amplia sobre cómo se genera una situación de crisis para una persona:

- 1) Variables personales / antecedentes: Biología, edad, sexo, grupo étnico, estilo personal, nivel socioeconómico, historia de aprendizaje, creencias, experiencias previas, situación personal, estilo de vida, momento vital en que sucede, sensación



subjetiva de capacidad de afrontamiento, patologías previas, disponibilidad y educación de las redes de apoyo social.

- 2) Variables de la situación: El tipo de evento, origen, magnitud, grado de exposición, recursos de ayuda disponibles, otros.
- 3) Consecuencias: Consecuencias personales, significado de las pérdidas experimentadas, intensidad de los síntomas provocados, importancia subjetiva, estresores posteriores (p. 9).

En este punto, es imprescindible hacer mención de los factores que desencadenan una crisis emocional, para lo cual es menester identificar los elementos que componen una crisis. Son varios los autores que abordan este tópico, uno de ellos ha sido Sifneos (1960 en Poal, 1990) quien hace mención de cuatro:

- 1) Un evento percibido como peligroso, en muchas ocasiones inesperado.
- 2) Estado de vulnerabilidad en el que las personas se perciben así mismas como desvalidas.
- 3) El factor precipitante, caracterizado por ser un evento peligroso e insoportable, incapaz de resolverse mediante el repertorio de resolución de problemas habitual de cada persona.
- 4) El estado de crisis activa.

En otras palabras, una situación de crisis será determinada por la percepción que tiene la persona hacia el suceso o contingencia presentada como peligro; lo cual está en función directa con la historia de aprendizaje de las personas, el cómo han afrontado situaciones similares y, sus mecanismos de afrontamiento y resolución de conflictos.

Tal como lo señala Osorio (2017), una situación de crisis “depende de la forma como cada individuo las perciba, las interprete, las afronte y les dé un significado, esto influirá en la conceptualización que se haga de la crisis, la cual repercutirá en la forma de ver el mundo de la persona a partir de dicha situación” (Osorio, 2017, p. 5).

De igual forma, son varios los autores que enfatizan la subjetividad de la persona como un factor crucial para desencadenar una situación de crisis, un ejemplo de ello es Taplin (1971, en Poal, 1990), quien sugiere que hay que resaltar el cómo una persona percibe una situación o contingencia inicial que puede dar lugar a una crisis, dependiendo

de cómo dicho suceso o contingencia repercuten en la vida de la persona, en sus experiencias propias o de otros cercanos, lo que puede llevar a una situación de crisis o no.

Por otra parte, Rapoport (1965, en Poal, 1990) da un alto valor a examinar el conflicto inicial, entiéndase este como contingencia o suceso inicial que la persona percibe como peligroso o amenazante. Dicho autor menciona que este conflicto inicial se puede identificar en tres categorías, en las cuales, la respuesta de la persona dependerá de sus habilidades y aprendizaje previos: 1) amenazas a necesidades instintivas y/o a la integridad física y emocional; 2) una pérdida ya sea de un ser querido, una habilidad, un empleo, una aptitud, económica, etc.; y, 3) un reto que amenaza con sobrepasar las habilidades de afrontamiento de la persona.

Autores como Moyolema (2019), han postulado que se pueden categorizar los factores precipitantes para que una persona experimente una crisis emocional. Siguiendo esta línea, la autora plantea cuatro categorías:

- 1) **Fisiológicos:** elementos genéticos, heredados, causas congénitas, enfermedades y lesiones previas.
- 2) **Psicológicos y psicosociales:** predisposición de la persona, vulnerabilidad emocional y cognitiva, relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes.
- 3) **Ambientes societarios:** cambios sociales y tecnológicos, situaciones económico-políticas.
- 4) **Ambientes físicos:** ruido, polución, fluctuaciones de temperatura, cambios en la alimentación, consumo de sustancias.

Complementando lo anterior, cabe destacar los postulados de Halpem (1973) en los cuales trató de definir de una manera categórica y empírica la conducta de las personas que perciben un suceso como una situación de crisis, en contraste con personas que experimentan dicho evento sin haber presenciado cambios significativos en su organismo. Para esto, el autor enumera diez categorías que se presentan como síntomas en las personas que están en una situación de crisis:

- 1) Sentimientos de cansancio y agotamiento.

- 2) Sentimientos de desamparo.
- 3) Sentimientos de inadecuación.
- 4) Sentimientos de confusión.
- 5) Síntomas físicos.
- 6) Sentimientos de ansiedad.
- 7) Desorganización del funcionamiento en sus relaciones laborales.
- 8) Desorganización del funcionamiento en sus relaciones familiares.
- 9) Desorganización del funcionamiento en sus relaciones sociales.
- 10) Desorganización en sus actividades sociales.

Siguiendo esta línea, autores como Shulberg y Sheldon (1968 en Poal, 1990) han desarrollado una fórmula en la que explican la probabilidad de ocurrencia de una crisis ante una situación de riesgo, en la cual indican que se trata de una función en la que interactúa el evento precipitante, seguido de la exposición de la persona a dicho evento y, por último, la vulnerabilidad de la persona ante esta contingencia.

A manera de complemento, Gómez (2019, en Lema, 2022), presenta una serie de indicativos que pueden presentarse en una persona antes de experimentar una situación de crisis:

- 1) Incapacidad de enfrentar el problema, impotencia y pérdida de pensamiento objetivo.
- 2) Estado de desorganización y desequilibrio.
- 3) Cansancio y agotamiento.
- 4) Problemas para dormir.
- 5) Ansiedad.
- 6) Síntomas fisiológicos: taquicardia, palpitaciones, náuseas, sensación de ahogo, dolor de cabeza, debilidad, etc.

Retomando las ideas anteriores, es importante tener en cuenta que la empatía tiene un rol crucial en una situación de crisis, ya que, como se esbozó con antelación las crisis pueden desencadenarse de manera diferente para cada persona, ya sea por el

factor que las precipite o la manera en que cada persona experimente la crisis, lo cual convierte en el estudio de las crisis en un tema muy amplio de estudio y atención.

No obstante, algunos autores a manera de encasillar y generalizar el cuadro de sintomatología que puede presentar una persona en crisis, presentan sus modelos, como el caso de Millere Iscoe (1963, en Poal, 1990) quien menciona que el síntoma más obvio de una crisis es un trastorno emocional grave dado por un desequilibrio, sin embargo, es importante considerar los sentimientos de tensión, ineficacia y desamparo.

Por su parte, la idea de Caplan de que el estado de crisis se caracteriza por el desequilibrio y la desproporción, y, como lo indica la investigación de Halpem, la desorganización, confusión y trastornos del estado de crisis pueden afectar diversos aspectos de la vida de una persona al mismo tiempo: sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento físico. Factores que en el próximo apartado de este capítulo se detallarán y describirán con más profundidad.

## **1.6. Consecuencias**

Las consecuencias que surgen a partir de la experiencia en una situación de crisis, ya sea natural o circunstancial, pueden ser muy diversas y variables, dependiendo del tipo de crisis, de la magnitud e intensidad con la que la persona la percibió y experimentó, el tiempo de esta, si hubo o no una red de apoyo, etc.

Por lo tanto, una situación de crisis emocional puede representar para la persona que la está experimentando, una situación conflictiva y desequilibrante no sólo durante la presentación de los estímulos y factores precipitantes que desencadenaron y dieron inicio a la crisis emocional, sino durante un periodo de tiempo que puede prologarse hasta dos meses.

En este punto, antes de profundizar acerca de las consecuencias que se presentan en una persona que está en una situación de crisis, es conveniente resaltar a manera general los daños que pueden aparecer. Recientemente autores como Valladares (2016) ha realizado una recopilación de años de trabajo, en la que nos

muestra un listado de posibles secuelas que puede experimentar una persona en situación de crisis, dividiéndolo en tres grandes categorías (somáticas, psicológicas e interpersonales):

- 1) Secuelas somáticas: traumas físicos; tensión y ansiedad; trastornos gastrointestinales; cambios en los patrones de alimentación; cambios en los patrones de sueño; cambios en los patrones de autocuidado; y, cambios en los patrones de conducta sexual.
- 2) Secuelas psicológicas: Miedo, pánico, terror; incredulidad; culpa; ira y deseos de venganza; baja autoestima; depresión; y, sentimientos negativos como humillación, vergüenza, vulnerabilidad y desamparo.
- 3) Secuelas interpersonales: hostilidad y agresión; pérdida de interés en actividades diarias; dependencia emocional o aislamiento; cambio en el estilo de vida; problemas laborales o escolares; problemas legales; y, pérdidas económicas (p. 225).

Una vez expuesto lo anterior, es importante tomar en consideración que todas las personas, ante la presencia de una contingencia amenazante tenemos mecanismos de defensa naturales, aprendidos durante la historia como individuo, mediante experiencias previas similares, los cuales nos permiten afrontar dicha contingencia. Sin embargo, tal como lo señalan (Lazarus y Folkman, 1984, en Salazar, Caballo y González, 2007), cualquier ser humano tiene por naturaleza una reacción emocional, la cual es inherente al afrontamiento de problemas que resultan estresantes, no obstante, se pueden presentar algunas variaciones en estas respuestas. Dichas variaciones son cruciales, debido a que, si la persona puede enfrentar este acontecimiento o no, determinará si existe una crisis emocional en ella.

Tal como lo menciona Echeburúa (2005), las secuelas que existen después de una etapa de crisis, se pueden presentar como un daño emocional, que en muchos casos se mantiene en la persona en función del daño sufrido, repercutiendo e interfiriendo de manera negativa en su día a día.

A su vez, cabe destacar que algunos autores (Valladares, 2005; Echeburúa y De Corral, 2005) aluden a la relación del daño psicológico en función de algunos factores tales como: 1) gravedad y percepción; 2) inesperado; 3) daño físico; 4) vulnerabilidad; 5)

relación con otros problemas a la par; 6) historia de victimización; 7) red de apoyo; y, 8) recursos psicológicos de afrontamiento. Es decir que, la resolución adecuada o prolongación y agravación de una crisis, depende en gran parte al estado de la persona en función de dichos factores.

Al respecto, Echeburúa (2005) sostiene que las personas tras pasar un suceso de crisis, atraviesan tres fases dentro del daño psicológico provocado:

- 1) En la primera fase existe un patrón de conductas y pensamientos lentos, irracionales y de incredulidad hacia el suceso. Esta etapa está caracterizada por un abatimiento general tanto a nivel psicológico, físico y emocional.
- 2) En la segunda fase está presente más claridad acerca del suceso ocurrido, lo que provoca que las personas suelen experimentar “dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa, miedo, que alternan con momentos de profundo abatimiento” (Echeburúa, 2005, p. 30).
- 3) En la tercera fase, existe una tendencia de las personas a revivir compulsivamente el suceso precipitante de la crisis. Este proceso se puede dar de forma espontánea en el día a día o bien, en relación con algún estímulo asociado a la crisis.

Siguiendo esta línea, algunos autores sostienen que tener una red de apoyo o acudir con un profesional es imperativo y, las personas dentro de una situación de crisis se inclinan a buscar esta ayuda. Al respecto Caplan (1964, en Poal 1990) sugiere que el desenlace de una crisis no está condicionado totalmente por los antecedentes del problema, tales como la personalidad y experiencias previas de la persona. Dichos factores funge un rol crucial en el desenlace de una crisis, sin embargo, lo que realmente puede determinar el desenlace de una crisis depende de si la persona cuenta con una red social de apoyo (familia, amigos) o, si recurre a una fuente externa como sería la ayuda de un profesional. Cabe destacar, tal como lo menciona este autor, que, en su mayoría las personas que están pasando por un proceso de situación de crisis tienden a ser más susceptibles a inclinarse a buscar ayuda, en contraste a momentos en que su situación emocional es estable.

Sin embargo, es importante señalar que cuando una persona se encuentra dentro de una situación de crisis, los cambios y desestabilización no sólo ocurren a nivel emocional y cognitivo, sino a nivel biológico. Algunos autores mencionan que en una situación de crisis las alteraciones a nivel biológico “se manifiestan a través de la activación autónoma de tipo nervioso, endocrino e inmunitario” (Dattilio y Freeman, 2007, en Flórez y Gantivia, 2012, p. 106).

Al respecto autores como Salazar, Caballo y González (2007, en Flórez y Gantivia, 2012) indican que tras una situación de crisis pueden ocurrir diversos cambios en la persona, ya sea de tipo emocional o motivacional, lo cual repercute directamente en su vida y estabilidad.

Siguiendo esta línea, Echeburúa (2005) indica que una de las consecuencias más esperadas dentro de una crisis, son las secuelas emocionales, las cuales se traducen como una dificultad para poder recobrar la estabilidad y equilibrio emocional.

Las secuelas emocionales son un factor crucial que tiene que ser atendido, ya que en muchos casos estas provocan cambios en la personalidad de las personas. De acuerdo con Esbec (2000, en Echeburúa, 2005), pueden aparecer estados de personalidad nuevos, caracterizados por ser desadaptativos e inestables, tales como “dependencia emocional, suspicacia, hostilidad (...) los cuales se mantienen durante al menos dos años y llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales” (Esbec, 2000 en Echeburúa, 2005, p. 34).

Además, es importante considerar que, tal como lo señalan Salazar, Caballo y González (2007) esta serie de alteraciones y cambios que atentan contra la estabilidad de la persona en crisis, van aunados a una mal transformación de ideas caóticas, sentimientos de vulnerabilidad e indefensión, así como conductas de huida y escape.

Al respecto, Salazar, Caballo y González (2007) mencionan que la persona al estar en una situación de crisis, es forzada a tomar decisiones y comportamientos negativos, siendo la baja expectativa de autoeficacia predominante en estos. Asimismo, los autores indican que estos comportamientos y decisiones percibidas como negativas,

aumentan los niveles de incertidumbre, inseguridad y temor ante la situación que desencadenó la crisis, llevándola a actuar de manera irracional.

A manera de presentar y ejemplificar todas las consecuencias a nivel personal, que pueden presentarse tras una situación de crisis emocional, se expondrá la siguiente tabla propuesta por Mitchell (1986):

<b>Emocionales</b>	<b>Cognitivos</b>	<b>Comportamentales</b>	<b>Fisiológicos</b>
<i>Ansiedad anticipatoria</i>	<i>Culpabilización</i>	<i>Hiper o Hipoactividad</i>	<i>Hipersudoración</i>
<i>Ansiedad generalizada</i>	<i>Preocupación</i>	<i>Trastornos del habla (verborrea, mutismo, inhibición)</i>	<i>Palpitaciones</i>
<i>Reacciones de pánico</i>	<i>Bloqueo mental</i>	<i>Desconfianza</i>	<i>Taquicardia</i>
<i>Shock</i>	<i>Sensación de pérdida de control</i>	<i>Trastornos de alimentación</i>	<i>Hiperventilación</i>
<i>Miedo</i>	<i>Negación</i>	<i>Abuso en la ingesta de tóxicos (alcohol, drogas)</i>	<i>Opresión torácica</i>
<i>Sentimientos de culpa</i>	<i>Amnesia</i>	<i>Alteraciones de sueño</i>	<i>Tensión muscular</i>
<i>Enfado</i>	<i>Confusión</i>	<i>Fatiga</i>	<i>Cefalea</i>
<i>Rabia</i>	<i>Ideación autolítica</i>	<i>Agresividad</i>	<i>Midriasis</i>
<i>Irritación</i>	<i>Sensación de impotencia</i>	<i>Actos antisociales</i>	<i>Sensación de ahogo</i>
<i>Hostilidad abdominal</i>	<i>Dificultades de atención</i>	<i>Hipocondriasis</i>	<i>Mareos</i>
<i>Rencor</i>	<i>Dificultades de concentración</i>	<i>Cambio o pérdida de rol social</i>	<i>Nauseas, malestar</i>
<i>Tristeza</i>	<i>Dificultades en la toma de decisiones</i>	<i>Lloros</i>	<i>Parestesias</i>
<i>Depresión</i>	<i>Alteraciones de la alerta</i>	<i>Gritos</i>	<i>Escalofríos y temblores</i>



<i>Aflicción</i>	<i>Desorientación tiempo-espacio</i>	<i>Aislamiento</i>	
<i>Desesperación</i>	<i>Alteraciones de la conciencia</i>		
	<i>Sensación de extrañeza o irrealidad</i>		

(Mitchell, 1986, en Fernández, 2010, p. 8)

En este punto es menester hacer mención que como consecuencia de las alteraciones emocionales, cognitivas y biológicas que se presentan en una situación de crisis, el comportamiento de las personas puede verse alterado, llevándolas a actuar de manera irracional.

De esta manera, Flórez y Gantivia (2012) sugieren que una persona inmersa en una crisis emocional es susceptible a actuar de manera errática, llevando su comportamiento a un nivel de respuesta de ensayo y error buscando de esta manera la adaptación frente a la nueva contingencia aversiva.

Sin embargo, tal como lo menciona Echeburúa (2005), existen sentimientos normales tras experimentar un suceso de crisis, tales como la tristeza, la ansiedad, la ira y la culpa. Estos sentimientos representan una respuesta natural y de supervivencia de todas las personas frente a un suceso traumático, sin embargo, cuando estos sentimientos “se experimentan sin un motivo funcional, irracionalmente, e influyen negativamente en el bienestar personal, se pueden convertir en conductas patológicas que alteran sustancialmente la vida de las personas” (Echeburúa, 2005, pp. 107-108).

Aunado a lo anterior, Stone y Conley (2006, en Salazar, Caballo y González, 2007) sugieren que este desequilibrio en la persona afecta significativamente en diversos sistemas de su organismo, dígame emocional, cognitivo, fisiológico y conductual. Por ende, las personas que están pasando por una situación de crisis, como consecuencia de ella experimentan percepciones erróneas de la situación, viendo esta como algo

negativo, amenazante, insuperable y, sobre la que no pueden hacer nada al respecto utilizando sus repertorios de respuesta aprendidos.

A manera de ejemplificar estos cambios en el comportamiento de las personas que están experimentando un proceso de crisis Flórez y Gantivia (2012), basándose en otros autores que han abordado el tópico de crisis emocionales (Gantivia, Guerra y Vila, 2012; Clark y Beck, 2009; Mineka y Sutton, 2006; Lovibond, 2006; Bradley y Lang, 2007; y, Barlow, 2002) han desarrollado un listado en el que enfatizan los diversos cambios y consecuencias que se pueden presentar:

- 1) **Impacto emocional intenso:** En el que la persona presenta dolor, miedo, ansiedad, angustia, tristeza e ira.
- 2) **Confusión de la severidad del daño:** Percepción de la persona hacia el daño que está presenciando y al que puede llegar a presenciar ante las consecuencias negativas potenciales.
- 3) **Confusión acerca de las causas que precipitaron la situación de crisis:** Se pueden alterar las relaciones sociales debido a la falta de comprensión, llevando a estados de culpa así mismo o culpabilizar a terceros.
- 4) **Alteración de la objetividad de la persona:** Se presentan respuestas negativas condicionadas de índole emocional: evitación, escape, etc.
- 5) **Cambios de valoración negativa en otros aspectos de la vida de la persona:** Aspectos independientes a la situación de crisis que pueden propiciar pérdida de motivación, ideas caóticas y auto profecías negativas.
- 6) **Confusión en la interpretación de las redes de apoyo:** Desaprovechamiento de nuevas oportunidades provenientes de estas redes.
- 7) **Pérdida de juicio para tomar decisiones:** Se presentan decisiones de autodestrucción que pueden llevar a la persona a presentar desorden de ansiedad y afectivo.

Tomando en cuenta los puntos anteriores, es importante considerar que las personas inmersas en un estado de crisis, en su mayoría, pueden tener una pérdida de la objetividad con la que perciben su mundo, llevándolas de esta manera a experimentar pensamientos disruptivos y desadaptativos y comportamientos irracionales. Teniendo

como consecuencia la afección de otras áreas de sus vidas, y, una alteración en su vida social.

Tal como lo expresan Salazar y Ventura (2007, en Salazar, Caballo y González 2007) en muchos casos, las personas inmersas en una crisis experimentan sentimientos de rabia, preguntas como “¿Por qué tuvo que ocurrirme esto?”, reproches hacia otras personas acompañados de pensamientos como “¿Por qué no hacen nada eficaz para solucionarlo?”. Lo cual refleja que las personas en crisis se basan en su poca objetividad y poco control de la percepción de la situación, para tomar decisiones para buscar o no una red de apoyo o acudir a un profesional. Lo cual se puede reducir en agravar la crisis.

Al respecto Valladares (2016) indica que una crisis trae consigo una serie de diferentes factores de carácter negativo, entre las que destaca la afección de personas cercanas (familiares, amigos, pareja, etc.) de la persona que está experimentando la crisis.

Asimismo, la autora menciona que, tras una crisis es importante considerar “el gran número de secuelas negativas que produce, ya sean problemas físicos, emocionales, familiares, sociales, escolares o económicos” (Valladares, 2016, p. 254).

En consonancia con lo anterior, Echeburúa (2005) menciona que dentro de las consecuencias de una crisis existen problemas de regulación emocional, en la cual aparecen sentimientos frecuentes y compulsivos como ira, culpa, vergüenza y miedo, “lo cual lleva a una pérdida de confianza en las personas y a una sensación generalizada de vulnerabilidad personal (...) que interfiere negativamente en la vida cotidiana de las víctimas” (Echeburúa, 2005, p. 137).

Tomando como referencia el trabajo de Echeburúa (2005), se describirán los sentimientos y emociones más frecuentes que pueden presentarse tras una crisis:

- **Anestesia emocional:** también llamada embotamiento emocional, refiere a una reacción natural y protectora de la víctima de una crisis, en la cual la persona se enfoca en protegerse de daños potenciales al no externar sus sentimientos de afecto y de confianza en otras personas. Una de sus principales características es que las personas “se olvidan de los momentos pasados de felicidad habidos y se

niega la posibilidad de volver a tenerlos, como si una persona estuviera ya marcada por el destino” (Echeburúa, 2005, pp. 137-138).

- **Irritabilidad (ira):** es importante tener en cuenta que la ira es una emoción natural, normal y necesaria, sin embargo, cuando una persona se ve dominada por esta emoción provoca consecuencias negativas tanto para la persona como para su red de apoyo social.
- **Ansiedad e hiperactivación:** la ansiedad al igual que la ira constituyen respuestas normales y necesarias para la supervivencia de los seres humanos, sin embargo, cuando esta se traduce en un estado permanente en la que la persona está en alerta constante, irritable, con necesidad de controlar todos los estímulos a su alrededor, experimentación de insomnio, representa una situación negativa para las personas. Es importante tener en cuenta que vivir permanentemente bajo un estado de alerta innecesario puede desembocar otro tipo de emociones negativas como ira, tristeza y rencor, empeorando la situación de crisis; “cuando la respuesta de ansiedad se pone en marcha ante situaciones que realmente no son peligrosas, se trata entonces de una ansiedad patológica” (Echeburúa, 2005, p. 144).
- **Tristeza:** la tristeza es una emoción que permite a las personas liberarse y descargar un exceso de energía acumulada caracterizada por el dolor, “la tristeza es positiva cuando se vive ante circunstancias realmente dolorosas y siempre que tenga una intensidad y duración proporcional a la situación desencadenante” (Echeburúa, 2005, p. 149).
- **Depresión:** la depresión es un estado de profunda y prolongada tristeza, se puede identificar por experimentar “tristeza, llanto, desgana para realizar actividades o para relacionarse, lentitud, pasividad, apatía, alteraciones del sueño y de la alimentación, dificultades para dejar de pensar en el suceso ocurrido” (Echeburúa, 2005, p. 149).
- **Sentimientos de culpa:** al igual que las emociones y sentimientos precedentes, la culpa funge un papel regulador, normal e importante para el restablecimiento de las personas tras vivir una crisis. Una manera correcta de experimentar un sentimiento de culpa es haciendo una introspección, identificarlo tomando

conciencia de lo vivido y expresarlo verbalmente consigo mismo y con otras personas. En contraparte, se puede experimentar este sentimiento mediante una evitación emocional o, mediante una serie de conductas muy explícitas tales como “intentos de suicidio, comida abusiva, comportamientos adictivos (como por ejemplo tratar de manejar en el alcohol el remordimiento sufrido), trabajo compulsivamente, etc.” (Castilla del Pino, 2000 en Echeburúa, 2005, p. 155).

- **Pérdida de la confianza:** Tras una situación de crisis, una persona tiende a tener una perspectiva irracional de su entorno y de sí misma, puede experimentar que no es capaz de afrontar los problemas de su día a día, puede ser más dependiente a otras personas, lo que puede provocar una pérdida de la confianza y de su autoestima. Dicho en palabras del autor “la víctima de un trauma pierde confianza en sí misma, pero también en los demás” (Echeburúa, 2005, p. 159).
- **Pérdida de habilidades sociales:** tomando en cuenta los sentimientos y emociones expuestos con antelación, una persona tras estar inmersa en una crisis y experimentar sentimientos de culpa, pérdida de confianza en los demás y baja autoestima, puede tener problemas para recuperar su socialización. Sin embargo, esto constituye una problemática, ya que en una situación de crisis la red de apoyo social funge un papel crucial.

Una vez revisado cómo se pueden presentar las diversas secuelas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales debido a la consecuencia de una crisis emocional, es menester no perder de vista que una situación de crisis, no significa siempre la pérdida de la vida como la conocemos, sino una oportunidad para hacer una retrospectiva de la vida, por medio de métodos como la introspección, evaluar y diagnosticar qué habilidades funcionan y cuáles son necesarias para poder afrontar de manera correcta futuros sucesos similares. Tal como lo menciona González de Rivera “Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad” (González de Rivera, 2001, p. 2).

Al respecto, algunos autores enfatizan que las situaciones de crisis no necesariamente representarán un obstáculo o etapa negativa en la persona, tal como lo refiere Fernández (2010) quien sostiene que “es en estos momentos y según la forma en

que se organice el comportamiento, cuando la crisis puede representar una oportunidad para el desarrollo personal o un momento crítico de vulnerabilidad para el trastorno mental” (Fernández, 2010, p. 7).

Sin embargo, el trabajo en intervención en crisis adquiere un componente fundamental dentro de la teoría, estudio y tratamiento de las crisis, debido a que en muchas ocasiones las personas no cuentan con las herramientas necesarias para afrontar de manera adecuada las contingencias que se presentan en su vida, contingencias que pueden desencadenar crisis vitales o circunstanciales.

Finalmente, cabe destacar que no en todos los casos una crisis es sinónimo de negatividad y malestar, en algunos casos, las personas pueden sobreponerse de una situación de crisis con sus propios medios, ya sea sus experiencias previas, sus habilidades para resolver conflictos y contar con una red de apoyo social o apoyo profesional.

Aludiendo a las palabras de Pérez (2016, en Lema, 2022) las crisis, “pueden ser resueltas con los recursos y capacidades que las personas han adquirido y desarrollado a lo largo de la vida, pero en otros casos y momentos determinados sobrepasan la capacidad de respuesta habitual de las personas por lo que generan estados emocionales de estrés que requieren de un apoyo adicional” (Pérez, 2016, en Lema, 2022, p. 11).

De manera que, si una crisis no es atendida oportuna y correctamente aparte de las consecuencias descritas en este apartado, a largo plazo puede presentarse como una problemática para la persona, adquiriendo hábitos, pensamientos y conductas desadaptativas y disruptivas que no estaban en su repertorio antes de la crisis.

En palabras de Valladares (2016) “muchas personas se pueden enfrentar de manera ineficaz o patológica a la crisis, principalmente a través del involucramiento en conductas adictivas, como el abuso de alcohol drogas, comida, trabajo, ejercicio físico, conducta sexual promiscua y automedicación (Valladares, 2016, p. 255)”. Temas que serán abordados en los próximos capítulos.

Es importante no dejar a un lado que todo tipo de crisis, sin importar su magnitud y potencial daño, puede traducirse en dos escenarios: en una parte como un desequilibrio que llevará a la persona a actuar de manera irracional, debido a un desajuste a nivel biológico, emocional, cognitivo y conductual y, por otra parte, se puede concebir como una oportunidad para que la persona sea consciente de las habilidades de afrontamiento que tiene, las que puede adquirir por medio de ayuda profesional, la red de apoyo con la que cuenta, etc., siendo así, una crisis como sinónimo de oportunidad de desarrollo personal.

## Capítulo 2

### Dependencias psicoactivas

No se puede concebir la historia social de la humanidad y el consumo de sustancias que alteran las funciones del organismo por separado. El consumo de sustancias psicoactivas está estrechamente ligado a los hábitos y dinámicas de convivencia social de las personas, se puede poner como ejemplo una fiesta, en la que la bebida más predominante por todos los integrantes es de origen alcohólica. Históricamente, el consumo de este tipo de bebidas está asociado a rituales y a dinámicas sociales.

No obstante, a pesar de que existe una aprobación social por el consumo de ciertas sustancias psicoactivas legales, no se puede dejar de lado que sean legales o no, aprobadas socialmente o no, naturales o químicas, no dejan de ser sustancias que alteran nuestro organismo y generan un grado de adicción que puede, potencialmente convertirse en una dependencia.

En el presente capítulo, se abordará de manera detallada la definición de este tipo de sustancias, los tipos y características de cada una de ellas, su potencial daño a la salud y las consecuencias de generar dependencia hacia estas sustancias. Consecuencias desglosadas a nivel físico, psicológico y social.

#### 2.1. Antecedentes históricos

En primera instancia, es imprescindible tener en cuenta el concepto de droga, autores como Benítez y Amorós conciben a una droga como “toda sustancia capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico” (Benítez y Amorós, 2011, en



Vázquez-Fernández, Muñoz-Moreno, Fierro-Urturi, Alfaro-González, Rodríguez-Carbajo y Rodríguez-Molinero, 2014, p. 26).

Asimismo, Vázquez-Fernández et. al, (2016) categoriza dos tipos de drogas, las de uso lícito como lo es el tabaco y el alcohol y, las de uso ilícito como la marihuana, la cocaína, heroína, hachís, etc.

Por lo general, es en la etapa de la adolescencia donde las personas llegan a experimentar más crisis a consecuencia de los cambios físicos, psicológicos y biológicos que se están suscitando, siendo así, esta etapa crucial para la creación y desarrollo de dependencias. Al respecto, Díaz-García, Urquiza, Hernández, Molina y Díaz-García (2014) señalan que es durante esta etapa en la cual se establecerán y determinarán patrones conductuales, que modelarán la vida futura del individuo.

Partiendo de lo anterior, es imprescindible, hacer mención de porque se habla de dependencias de sustancias psicoactivas y no de dependencias a drogas. Para ello, es necesario remitirse a Acosta (2015) quien menciona que “el término sustancia psicoactiva es un sustituto reciente de las drogas, ya que estas hacen más referencia a fármacos, mientras que las sustancias psicoactivas incluyen las naturales, como la marihuana, o las sustancias que no fueron hechas para consumo humano, como el resistol” (Acosta, 2005, p. 53).

Aunado a lo anterior, Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, Gázquez-Linares y Barragán-Martin (2017), sostienen que es en la etapa de la adolescencia donde las personas “son más vulnerables al consumo de sustancias debido a una identidad en formación y un ajuste psicosocial en desarrollo” lo cual en palabras de los autores “se presenta como una de las conductas de riesgo con efectos más devastadores en el desarrollo del individuo” (Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, Gázquez-Linares y Barragán-Martin, 2017, p. 57).

Tal como lo refieren Vázquez-Fernández et. al, (2016), el consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas es más perjudicial para el organismo, especialmente dañando al cerebro, y, es en este rango de edad en el que los jóvenes no son conscientes de las posibles consecuencias.

De la misma manera, Hernanz (2015) menciona que la adolescencia es una época especialmente sensible a experimentar nuevas vivencias. Busca nuevos retos que le acerquen a una mayor comprensión de sí mismo. No obstante, el autor señala que “ante estos nuevos retos, se puede sentir incapaz de poder afrontarlos de forma adecuada y su actitud lejos de ser valiente, o progresiva, será más bien una actitud que podríamos calificar de regresiva” (Hernanz, 2015, p. 309).

Desde la posición de Díaz-García et. al (2014) es el entorno familiar la piedra angular en el establecimiento de conductas educativas, por tanto “en el seno familiar, existirán factores que contribuyen a la prevención o riesgo ante las conductas adictivas” (Díaz-García et. al, 2014, p. 311). Dicho lo anterior, otros autores tal como Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, Gázquez-Linares y Barragán-Martin (2017), afirman que la disfuncionalidad familiar indica un riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes.

De la misma manera, cabe señalar que muchos adolescentes comienzan a tener prácticas de riesgo relacionadas al consumo de sustancias adictivas, a partir de la imitación de dichas conductas por parte de sus padres. Tal como lo refieren algunos autores como el caso de Niuris quien menciona que “algunos padres pueden considerar inofensivo ofrecer a sus hijos bebidas alcohólicas; y los adolescentes con el fin de imitar a los adultos y sentirse mayores, comienzan a adquirir estos hábitos perjudiciales” (Niuris, 2016, p. 103).

Asimismo, Hernanz (2014) sostiene que los adolescentes al comenzar a tener conductas desadaptativas, suelen buscar el consumo de sustancias que alteren su realidad, y, de esta manera se encuentren en “la búsqueda de una situación o vivencia psicológica en la que el sujeto no tenga que tolerar el dolor de la falta o la dureza de la frustración” (Hernanz, 2015, p. 310).

Al respecto, otros autores mencionan que los adolescentes buscan estar bajo efectos psicotrópicos ya que “los hace olvidar la soledad en que viven, la falta de cariño de los padres y familiares, además logran enmascarar el hambre que sienten (Loor, Hidalgo, Macías, García y Scrich” (2018, p. 136).

Asimismo, Niuris (2016) brinda una serie de datos relevantes entre los que se destaca que, los adolescentes suelen comenzar a probar las sustancias psicoactivas a partir de una percepción errónea hacia ellas, el autor señala que “sienten curiosidad por saber el efecto de las drogas, existiendo entre ellos algunos mitos transmitidos relacionados con el consumo y el mejoramiento de la función sexual, otros lo consideran como una vía de distracción y de estímulo para enfrentar las actividades cotidianas” (Niuris, 2016, p. 103).

Aunado a lo anterior y a fin de complementar este discurso, Pereira y Pilon (2011) señalan que es en el periodo de la adolescencia cuando los jóvenes buscan un universo nuevo de experiencias e identificaciones, por lo regular asociadas a sus grupos de pares.

Alguna de las dependencias más comunes es la asociada al consumo de sustancias psicoactivas, el cual ha constituido uno de los principales problemas de salud a nivel mundial; los datos relacionados a este fenómeno son alarmantes, de acuerdo con datos arrojados por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en su informe anual del año 2012, “230 millones de personas equivalente al 5% de la población adulta en el mundo consumieron drogas al menos una vez durante el año 2010, mientras que 27 millones de personas consumen drogas habitualmente” (Díaz-García, et. al. 2014, p. 311).

Siguiendo esta línea argumentativa, de acuerdo a datos del informe anual del año 2019 de la UNODC, 271 millones de personas consumieron drogas durante el año 2018, lo cual hace un evidente incremento en contraste con los datos del informe anual del año 2012 (210 millones). Cabe destacar que, América del norte es la región con mayor prevalencia anual en el consumo de opioides. Lo cual es congruente con lo señalado por Niuris (2016) quien indica que, durante las últimas tres décadas, se ha incrementado cincuenta veces más la ingestión irresponsable de sustancias psicoactivas, representando uno de los problemas de salud más preocupantes a nivel mundial.

Por su parte, en un estudio realizado en el año 2014, en la Habana, Cuba (Díaz-García, Urquiza, Hernández, Molina y Díaz-García), se descubrió que de los 116 jóvenes encuestados de entre 14 y 15 años, el 38.8% (45 de ellos) se percibían como consumidores de alcohol, mientras que el 6% era consumidor de cigarrillos. Cabe

mencionar que los autores de dicha investigación, refieren que el total de la muestra (116) manifestó comenzar su consumo a los 14 años de edad y, que menos del 50% tiene intención de asistir a grupos de apoyo contra las adicciones y dependencias.

Con respecto a lo anterior, Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, Gázquez-Linares y Barragán-Martin (2017), realizaron un estudio en el cual tomaron como muestra a 822 alumnos de nivel secundaria con edades de entre 13 y 18 años, con el objetivo de analizar los diferentes patrones de consumo y su relación con variables como el apoyo familiar y la valoración de consecuencias. En los hallazgos encontrados, se puede destacar que existe un policonsumo en los adolescentes, ya que es el tabaco y el alcohol las principales sustancias psicoactivas utilizadas, en cuanto a la percepción del apoyo familiar, se puede observar que existe una relación negativa respecto al consumo de dichas drogas, no obstante, existe una relación positiva entre los adolescentes consumidores de cannabis y una baja percepción de apoyo familiar.

De modo similar, en una investigación para identificar las causas del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en Ecuador (Loor, Hidalgo, Macías, García y Scrich, 2018), los autores detectaron cuatro principales factores que predisponen la creación de una dependencia hacia este tipo de sustancias: 1) carencia de apoyo familiar, 2) influencias del entorno, 3) desconocimiento de los efectos y nulos proyectos de vida, y, 4) la permisibilidad legal y despenalización. Por último, los autores señalan que en la actualidad Ecuador presenta una situación que trascendió a la crisis económica, siendo el tabaquismo y alcoholismo en jóvenes de entre 15 y 19 años un problema de salud nacional, superando a otros países de Sudamérica.

Existen un sinnúmero de investigaciones en las que se busca encontrar los factores que predisponen al uso de sustancias psicoactivas en adolescentes; un ejemplo de estas es la elaborada por Vázquez-Fernández et. al, (2014) en la cual se buscó identificar los hábitos, comportamientos y conductas relacionadas con la salud en una muestra de 18,888 estudiantes con edades comprendidas de entre 13 y 18 años. En los resultados derivados, se encontró que las sustancias psicoactivas más utilizadas son el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes; consumiéndolo al menos una vez el 77.2%, 36.7%, 17% y, 2.5% respectivamente. Cabe destacar que la mayor parte de la muestra

que consume estas sustancias, indicó que lo suele hacer los fines de semanas en reuniones con sus pares. Por último, en cuanto a la percepción de riesgo de los adolescentes a dichas sustancias, el 97% percibe como peligroso el uso de cocaína, mientras que la marihuana y hachís presentan un 79%, siendo los tranquilizantes un porcentaje más bajo con 24%.

Son muchas las investigaciones que abordan la gran problemática de salud que genera el uso de sustancias psicoactivas a tempranas edades, no obstante, son pocos los estudios que se han focalizado en identificar los patrones que siguen los jóvenes para seguir consumiendo estas sustancias, después de su primer contacto con ellas. Uno de los estudios que abordan esta vertiente es el realizado por Pereira y Pilon (2011), quienes se propusieron a encontrar las percepciones que tenían 14 jóvenes consumidores, acerca de la adhesión a tratamientos contra adicciones; cabe destacar que uno de los hallazgos más representativos de ese estudio, fue la identificación de cuatro categorías acerca de los motivos que impulsan a los jóvenes a seguir consumiendo drogas. Las autoras mencionan que 1) cotidiano (diversión, ocupación del tiempo libre), 2) manejo de situaciones de conflicto, 3) lidiar sentimientos, y 4) beneficios diversos. Además, estaban involucrados dos factores más, tales como la ausencia de habilidades de afrontamiento de problemas y la de actividades para el desarrollo personal.

Por su parte, en México de acuerdo con los datos indicados por Villatoro et. al, (2016), fue hasta la década de 1970 cuando comenzarían los primeros estudios epidemiológicos llevados a cabo por el Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, posteriormente, en colaboración con la Secretaría de Educación Pública se han realizado mediciones transversales en la población estudiantil a nivel medio y medio superior. En el periodo comprendido de 1976 a 1986 se realizaron las primeras encuestas en poblaciones urbanas y, no fue hasta 1991 que se llevarían a cabo los primeros estudios con representación de la población rural. Aunado a lo anterior, Villatoro et. al, (2016) indican que, durante la primera década del siglo XXI, en México, el consumo de inhalables tuvo un crecimiento exponencial por parte de mujeres, mientras que el consumo de cannabis ha sido más de parte de los hombres.

Asimismo, Villatoro et. al, (2016) llevaron a cabo un estudio para identificar la prevalencia y uso de drogas en los jóvenes de México, en los resultados arrojados se puede constatar que el 53.3% de los estudiantes encuestados de secundaria y bachillerato, ha bebido alcohol al menos una vez en su vida; mientras que el 14.5% de dicha población manifestó tener un consumo excesivo de alcohol. En cuanto al consumo de tabaco, se encontró que del total de la muestra 30.4% indicó que ha consumido tabaco al menos una vez en su vida, siendo los 12.8 años la edad promedio en la que iniciaron. Respecto al consumo de drogas, el 17.2% manifestó haberlas consumido al menos una vez en su vida; entre las drogas más populares en los adolescentes fueron el cannabis con 10.6%, los inhalables con 5.8% y, la cocaína con 3.3%.

Por su parte, Tena-Suck, Castro-Martínez, Marín-Navarrete, Gómez-Romero, de la Fuente-Martín y Gómez-Martínez (2018), se remiten a los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones en México del año 2011, mostrando que el consumo de sustancias como el alcohol ha aumentado notablemente del 2002 al 2011 (35.6% - 42.9%), por su parte el consumo de drogas ilegales aumentó exponencialmente en dicho periodo de tiempo. Asimismo, los autores destacan que son el alcohol, el cannabis y los inhalables las drogas más consumidas en México, con 43.3%, 23.7% y 22.2% respectivamente.

Además, Tena-Suck et. al, (2018) hacen mención de la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes, la cual a partir de una muestra de 3005 adolescentes encontró que en la CDMX 5.2% de los hombres y 2.5% de las mujeres “cumplieron criterios de trastornos por consumo de sustancias”. Sin embargo, tal como lo refieren los autores (Tena-Suck et. al, 2018), en los últimos años ha existido un notorio incremento en el consumo de estas sustancias por parte de mujeres.

## **2.2. Definición**

Hablar de dependencias psicoactivas, es como hablar de la historia de la humanidad, las dependencias a las sustancias psicoactivas o coloquialmente llamadas drogas, son inherentes a los humanos. Desde el consumo aprobado socialmente como

cigarrillos, alcohol (cerveza, pulque, bebidas como el whiskey, tequila, vodka, etc.), hasta sustancias social y culturalmente restringidas por la ley como lo son la marihuana, la cocaína, la metanfetamina, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), y un sinnúmero de drogas variantes de las ya mencionadas que van surgiendo día a día como si se tratara de innovar y siempre estar al último grito de la moda.

Es importante mencionar que a pesar de que el consumo de sustancias psicoactivas es inherente a la historia de la humanidad, en las últimas décadas se ha tomado con mayor relevancia el estudio de estas, ya que a medida que las civilizaciones avanzan potencialmente en términos tecnológicos, científicos, morales, éticos, etc., el consumo de dichas sustancias también ha trascendido, complejizando de esta manera las consecuencias de su uso.

A principios de este siglo Becoña y Oblitas (2003), aluden a estos cambios significativos postulando tres características que contrastan el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos años:

- 1) **Disponibilidad y comercialización (legal o ilegal):** refieren a el acceso fácil y a la mano que todas las personas podemos tener a cualquier tipo de sustancia, siendo cada vez más accesibles en términos económicos.
- 2) **Pérdida del sentido simbólico y del valor cultural:** sustancias que hace décadas se consumían de manera regularizada y, en ocasiones formaban parte de rituales como los hongos alucinógenos, el peyote, la ayahuasca, en contraste con la actualidad que cualquier persona sin importar el contexto, tiene acceso a este tipo de sustancias.
- 3) **Cambio social e individualismo:** alude a la búsqueda de placeres inmediatos y efímeros, obligación de satisfacer necesidades que las personas actualmente perciben como imprescindibles, lo que propicia el consumo de estas sustancias.

En congruencia con lo anterior, existen modelos que plantean que el fenómeno de estos cambios y el acceso cada vez más sencillo a sustancias psicoactivas, se puede explicar desde la psicología conductual, aludiendo al modelo denominado economía conductual planteado por Bickel, De Grandpre y Higgins (1993, en Secades-Villa, García-

Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007), en el cual están presentes tres elementos:

- 1) **Demanda:** referente a la búsqueda y consumo de sustancias psicoactivas por parte de las personas.
- 2) **Precio:** aludiendo a los esfuerzos y actividades realizados por parte de las personas, tanto para conseguir la sustancia como para poder pagarla.
- 3) **Coste:** refiere a los reforzadores alternativos perdidos debido al uso de dichas sustancias.

Siguiendo esta línea, es un hecho tangible que cada vez son mayores los accesos a sustancias psicoactivas por parte de la población en general, sin importar su nivel económico. Para dimensionar con mayor amplitud este fenómeno, es menester remitirse a los postulados de Guarate y Salazar (2008, en Mendoza y Vargas, 2017), quienes sostienen que “la producción masiva de las drogas, el aumento de difusión a través de los medios de comunicación, la distribución indiscriminada de estas sustancias, podrían ser uno de los principios que explicarían que las drogas estén llegando a todos los estratos sociales sin discriminación, siendo accesibles una gran diversidad de sustancias que puedan crear dependencia” (Guarate y Salazar (2008, en Mendoza y Vargas, 2017, p. 141).

Es imprescindible, hacer mención de porque se habla de dependencias de sustancias psicoactivas en este capítulo y no de dependencias a drogas. Para ello, es necesario remitirse a Acosta (2015) quien menciona que “el término sustancia psicoactiva es un sustituto reciente de las drogas, ya que estas hacen más referencia a fármacos, mientras que las sustancias psicoactivas incluyen las naturales, como la marihuana, o las sustancias que no fueron hechas para consumo humano, como el resistol” (Acosta, 2015, p. 53). Partiendo de ello, en este capítulo se enfocará en hablar de dependencias psicoactivas, con el objetivo de englobar todos los tipos.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan



pensamientos, emociones y el comportamiento. De acuerdo con esta organización, tan sólo en América Latina 4.4 millones de hombres y 1.2 millones de mujeres, sufren trastornos

Sin embargo, como se mencionó con antelación, a pesar de que existen sustancias psicoactivas que están aprobadas social y culturalmente, y otras que no, siendo su consumo ilegal y castigado por la ley, no dejan de ser sustancias adictivas que alteran el organismo de las personas. De ahí el nombre de sustancia psicoactiva, ya que su consumo desestabiliza nuestro cerebro trayendo consigo un diverso cúmulo de síntomas que las personas suelen disfrutar.

Para Calvo (2015, en Rojas, Reyes, Sánchez y Chamba, 2020), la concepción de una sustancia psicoactiva representa toda sustancia que una vez introducida en el organismo produce efectos inmediatos que afectan al funcionamiento cotidiano. “Estas sustancias crean dependencia y adicción si se consume de forma continuada, y provocan desajustes en el sujeto, en el desempeño e interacción en cualquiera de sus áreas de participación como: actividades de la vida diaria, familiar, educación, ocupacional, productividad y ocio” (Calvo, 2015, en Rojas, Reyes, Sánchez y Chamba, 2020, p. 132).

Referirse al estudio de las dependencias a las sustancias psicoactivas, desde el punto de vista de la psicología es un tema que debe tratarse delicadamente ya que el origen de la degeneración de estas adicciones, el mantenimiento y los problemas causales que existen son preocupantes y amenazadores tanto para las personas que presentan estas dependencias, como para sus familiares, amigos, parejas y su círculo social. Por esta razón es crucial tener en cuenta que lo que puede iniciar como “una probadita”, puede convertirse en una adicción que potencialmente llevará a una dependencia.

Tal como lo mencionan Becoña y Oblitas (2003), “en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia” (Becoña y Oblitas, 2003, p. 73).

Algunos autores han enfocado sus investigaciones hacia el estudio de las dependencias psicoactivas, una de estas definiciones es la propuesta por Gómez-Jarabo y Alonso-Fernández (2001, en Wille-González, 2011) dichos autores la conciben como “un acto voluntario, que no se puede controlar y que se repite con intervalos no muy largos y viene acompañada de consecuencias adversas sobre la vida personal y el entorno familiar y laboral. Visto de otra forma, es una conducta dependiente a una variable estimuladora independiente” (Gómez-Jarabo y Alonso-Fernández, 2001, en Wille-González, 2011, p. 79).

Asimismo, algunos autores sostienen que “el trastorno por consumo de sustancias suscita gran preocupación social y es definido como una dependencia de sustancias que afecta al sistema nervioso central y a las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, percepción, juicio y emociones” (Rivera-Olmos y Parra-Berna, 2016, en Momeñe, Estévez, Pérez-García, Jiménez, Chávez-Vera, Olave e Iruarrizaga, 2021, p. 121).

En esta línea, para hablar de dependencias a sustancias psicoactivas, es importante tener una definición concreta y clara. Becoña y Oblitas (2003) se remiten a el DSM-IV (American Psychiatric Association), quienes nos brindan una definición, mencionando que “la dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas, y durante un período continuado de 12 meses (p. 76)”.

Aunado a lo anterior, es importante presentar los siete síntomas que se proponen, ya que tal como lo mencionan los autores (Becoña y Oblitas, 2003), para considerar a una persona con dependencia a sustancias psicoactivas, esta tiene que experimentar tres o más de estos criterios:

- 1) **Tolerancia:** Necesidad por cantidades excesivas de la sustancia con el fin de conseguir intoxicación y el efecto deseado. Es importante considerar que el consumo continuo y excesivo disminuye marcadamente los efectos deseados.

- 2) **Abstinencia:** Presentación de síndrome de abstinencia característico de cada sustancia. Las personas pueden realizar el consumo de la misma sustancia o una con efectos similares para compensar la abstinencia.
- 3) **Frecuencia:** Consumo frecuente en cantidades excesivas y durante periodos de tiempo prolongados.
- 4) **Deseo persistente:** Las personas suelen hacer esfuerzos ineficaces para controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) **Inversión de tiempo:** Las personas suelen invertir mucho tiempo en actividades relacionadas con el objetivo de conseguir las sustancias.
- 6) **Reducción de actividades sociales:** Las personas tienden a descuidar sus actividades sociales como la convivencia con familia, amigos o pareja, actividades laborales o recreativas.
- 7) **Prevalencia del consumo:** A pesar de que las personas sean conscientes del daño físico, social y emocional que tienen debido a la sustancia, siguen consumiéndola.

Cabe mencionar una definición semejante a la anterior a fin de tener más claridad sobre este fenómeno, esta es propuesta por Mazo, Botta, Lahens, Perelló y González (2008, en Mendoza y Vargas, 2017), quienes sugieren que la drogodependencia es “un estado que se caracteriza por el deseo dominante e irresistible de consumir drogas y obtenerlas de cualquier forma; la tendencia a desarrollar el síndrome de tolerancia; y, el desarrollo de la dependencia física-psíquica, con presencia del síndrome de abstinencia” (Mazo, Botta, Lahens, Perelló y González, 2008, en Mendoza y Vargas, 2017, p. 142).

No obstante, algunos autores sostienen que la dependencia a sustancias psicoactivas no solamente depende de los efectos a nivel físico en las personas, sino en otros niveles como las contingencias en que se presenta la sustancia, el reforzador si es negativo o positivo para la persona, el contexto, etc. ya que existen sustancias psicoactivas que no generan niveles de dependencia altos ni síndrome de abstinencia al dejar de consumirlas, como es el caso del LSD.

Al respecto Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo (2007) mencionan que “la dependencia física puede ser importante a la hora de explicar

el consumo de drogas, pero no es un factor necesario para las conductas de auto-administración y tampoco es suficiente por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007, p. 30).

### 2.3. Tipos

Como ya se esbozó, en el presente capítulo se habla de dependencias a sustancias psicoactivas y no de dependencias a drogas, ya que, por una parte, las drogas son consideradas todo tipo de sustancias procesadas en un laboratorio, dicho en otras palabras, no son sustancias “que la tierra nos brinda” para el consumo humano. En contra parte, se habla de sustancias psicoactivas para referirse a todo tipo de sustancias, sean drogas, sean sustancias naturales como la ayahuasca, el peyote, la marihuana, pero que producen efectos alterados de consciencia. Es por ello, que en este capítulo se hablará de los tipos y clasificaciones de cada una de las sustancias psicoactivas más comunes.

En primera instancia es menester hacer mención de que existen dos tipos de sustancias psicoactivas, por una parte, se encuentran las legales, por ejemplo: el cigarro, el alcohol, algunos medicamentos y los inhalantes como el Thinner, el resistol, la gasolina, etc.; por otro lado, se encuentran las sustancias psicoactivas ilegales, son todas aquellas que su uso y consumo están prohibidos por la ley.

Es importante mencionar que, de acuerdo con datos de la Secretaria de Salud, específicamente de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC, 2022), cualquiera de los dos tipos de sustancias psicoactivas (legales o ilegales), “tienen efectos diferentes, pero todas afectan al cerebro; lo aceleran o desaceleran, provocan euforia, depresión, rapidez, o lentitud y ver cosas que no existen” (CONADIC, 2022, p. 5).

Una vez expuesto esto, es preciso dar a conocer que las sustancias psicoactivas (legales o ilegales) están clasificadas en tres categorías, de acuerdo a cómo reaccionan en nuestros cuerpos: las estimulantes, las depresoras y las alucinógenas. De acuerdo a la CONADIC (2022) las características de cada categoría son las siguientes:

- 1) **Estimulantes:** Son todas aquellas sustancias psicoactivas que aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central y del organismo en general. Las drogas más comunes en esta categoría son las anfetaminas, la cocaína, las drogas sintéticas y el crack.
- 2) **Depresoras:** Son todas aquellas que disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central, provocando relajación y, poniendo al organismo en un estado somnoliento (inducen el sueño). Cabe resaltar que el término “depresoras” no refiere a que la sustancia provoque un estado de tristeza. Entre las más populares se encuentran los tranquilizantes, la heroína y los inhalables.
- 3) **Alucinógenas:** Son todas aquellas sustancias que alteran la percepción de los sonidos; pueden provocar alucinaciones visuales, auditivas o sensoriales. Las sustancias más comunes son la Cannabis o marihuana, peyote, LSD y PCP o polvo de Ángel.

Una vez explicado la diferencia entre droga y sustancia psicoactiva, así como los tipos de droga legales o ilegales y, la caracterización de estas como sustancias psicoactivas (estimulantes, depresoras y alucinógenas), se esbozará un detallado de las drogas más comunes, especificando sus efectos en el cuerpo y sus principales características:

- **Alcohol (Estimulante/depresora):**

De acuerdo con datos de la OPS (2022), el alcohol es la sustancia psicoactiva depresora, legal, con mayores consumos a nivel mundial, así como índices altos en el estado de dependencia. La organización señala que el alcohol de las bebidas alcohólicas se crea cuando se fermentan los azúcares por las levaduras o por destilación, y es el que produce sus efectos.

- **Tabaco (Depresora):**

Tal como lo menciona la OPS (2022), el tabaco se origina por una planta de América, cuyo principio activo es la nicotina, sustancia altamente adictiva, la cual ejerce sobre el organismo efectos sumamente negativos. Además, de acuerdo con la

organización, el humo del tabaco contiene más de 7 mil compuestos químicos que actúan como reforzadores de la adicción y causan diversos problemas en el organismo.

- **Cannabis o marihuana. (Alucinógena):**

De acuerdo con datos de la OPS (2022), la Cannabis o marihuana, es la droga ilegal más usada en todo el mundo. Asimismo, esta sustancia es asociada a una serie de riesgos para la salud de las personas. A pesar de que la probabilidad de sobredosis y toxicidad en el cuerpo es alta, no representa un riesgo alto de muerte.

Siguiendo esta línea, la CONADIC (2022) indica que esta sustancia se ingiere fumando cigarrillos o quemándola en alguna herramienta como pipa. Existen más de 400 sustancias químicas en una planta de Cannabis y, con el calor, se producen más.

Entre los efectos más frecuentes se encuentran: ojos rojos, boca seca con saliva espesa, mucosas reseca, aumento del apetito, agudización de los sentidos, ataques de risa sin motivos, euforia o relajación, falta de concentración y conexión de ideas, paranoia, torpeza para hablar, aumento en la velocidad de los latidos del corazón (taquicardia), desinhibición, confusión, ansiedad y pánico y, alucinaciones.

La CONADIC (2022), divide las consecuencias de esta sustancia en tres dimensiones, físicas, psicológicas y sociales:

- **Físicas:** Defensas bajas, irritación de las vías respiratorias, tos crónica, faringitis, sinusitis, rinitis, bronquitis, infecciones pulmonares, cáncer de pulmón y cáncer de vías respiratorias.
- **Psicológicas:** Trastornos mentales como depresión y ansiedad; dificultad para el aprendizaje, la concentración y la memoria (puede ocasionar deserción laboral o escolar); apatía y falta de motivación; pérdida de autoestima y, sentimiento de culpa.
- **Sociales:** Descuido de la apariencia personal, desinterés para realizar actividades con tus grupos sociales (pareja, amigos, familia), deterioro de las relaciones.

- **Alucinógenos (Alucinógena):**

De acuerdo con la CONADIC (2022), este tipo de sustancias, tienen como principal característica la percepción distorsionada del mundo interior y exterior. En ocasiones, esta distorsión suele ser tan profunda que puede dañar el cerebro permanentemente.

Al respecto, la OPS (2022) señala que el consumo prolongado de estas sustancias puede aumentar los efectos de trastornos como la esquizofrenia.

Entre los efectos más frecuentes se encuentran: alucinaciones, dilatación de las pupilas, dificultad para concentración y comunicación, sueño, temblores, taquicardia, aumento de la presión arterial, pérdida de noción del tiempo, pérdida de la autopercepción, percepciones distorsionadas de la realidad, experimentación de varias emociones a la vez, sentidos intercambiados (sensación de oír colores y ver sonidos), etc.

La CONADIC (2022), divide las consecuencias de esta sustancia en tres dimensiones, físicas, psicológicas y sociales:

- **Físicas:** Aumento de la temperatura, insomnio, irritabilidad, pérdida del apetito, pérdida de la noción del dolor, pensamiento incongruente, problemas de memoria.
- **Psicológicas:** Ansiedad y terror extremo, paranoia, delirio de persecución, automutilación y violencia.
- **Sociales:** Apatía, desinterés, aislamiento y falta de comunicación, pérdida de interés por comunicarse con su grupo social de referencia (Amigos, familia, pareja).

- **Heroína (Depresora):**

La CONADIC (2022) menciona que esta sustancia se elabora a partir del opio en forma de líquido blanco, el cual se extrae de la amapola y, al entrar en contacto con el aire se vuelve café. En congruencia, de acuerdo con la OPS (2022), los opioides tienen efectos semejantes a la morfina, reduciendo el dolor al desacelerar las funciones del

sistema nervioso central. Asimismo, cabe destacar que Se produce una sobredosis cuando la cantidad de opioide deprime el centro respiratorio y esto puede hacer que el usuario caiga en coma y muera. El riesgo de sobredosis es considerablemente mayor cuando el usuario también consume alcohol o toma otros sedantes.

Entre los efectos más frecuentes se encuentran: sensación rápida e intensa de placer, relajación y sueño, ausencia de dolor, pupilas contraídas, boca seca, vómito y náusea, pérdida del apetito, disminución de la frecuencia respiratoria, estreñimiento, inhibición del deseo sexual, lentitud comportamental, juicio alterado.

La CONADIC (2022), divide las consecuencias de esta sustancia en tres dimensiones, físicas, psicológicas y sociales:

- **Físicas:** Riesgo de contraer o contagiar VIH o hepatitis; complicaciones respiratorias como neumonía, pulmonía, bronquitis crónica y tuberculosis; muerte por sobredosis, paro respiratorio.
- **Psicológicas:** Ansiedad y depresión, dificultad para el aprendizaje, la concentración y la memoria.
- **Sociales:** Pérdida del interés y la capacidad para comunicarse con su grupo social de referencia (Amigos, pareja, familia).

Cabe mencionar que la OPS (2022), menciona que los síntomas de abstinencia de estas sustancias, incluyen diarrea, calambres abdominales y vómitos; hipertensión y pulso acelerado; pensamientos acelerados; sudores y/o piel de gallina; bostezos, goteo nasal y ojos llorosos.

- **Inhalables (Depresoras):**

De acuerdo con la OPS (2022), los inhalantes se encuentran en muchos productos de uso doméstico o empleados en el lugar de trabajo: encendedores, botes de recarga, aerosoles, pegamentos basados en solventes, diluyentes químicos, líquidos correctores y líquidos para limpieza en seco. Los inhalantes se asocian con una serie de efectos



graves, tanto a corto como a largo plazo. En última instancia, el uso de inhalantes puede provocar el coma o la muerte debido a un ataque cardíaco.

Entre los efectos más frecuentes de estas sustancias se encuentran: desinhibición y euforia en un principio, luego sueño, sensación de hormigueo y mareo, visión borrosa, zumbido en los oídos, dificultad para articular palabras, pérdida del equilibrio, sensación de flotar, alucinaciones.

La CONADIC (2022), divide las consecuencias de esta sustancia en tres dimensiones, físicas, psicológicas y sociales:

- **Físicas:** Tartamudeo permanente, pérdida de la vista, la audición y la memoria, convulsiones, pérdida de motricidad fina, muerte súbita por inhalación o falta de oxigenación en el cerebro, falta de coordinación.
- **Psicológicas:** dificultad para el aprendizaje, la memoria y la concentración (deserción de la escuela o trabajo), trastornos emocionales permanentes.
- **Sociales:** Aislamiento y falta de comunicación.

Al respecto, la OPS (2022) señala que el consumo prolongado de esta sustancia puede provocar: cefaleas crónicas, problemas en los senos paranasales, hemorragias nasales, tos persistente, ojos enrojecidos y llorosos, comportamiento agresivo, daño orgánico a nivel cardíaco, pulmonar, hepático y renal, y depresión.

- **Cocaína (Estimulantes)**

De acuerdo con la OPS (2022), la cocaína es un estimulante que se asocia con una amplia gama de problemas físicos y mentales y con conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales no seguras, que a su vez aumentan las probabilidades de que las personas y sus parejas contraigan enfermedades de transmisión sexual y virus transmitidos por la sangre. El uso repetido de dosis elevadas de cocaína puede llevar a la psicosis. Existe también un riesgo considerable de complicaciones tóxicas, sobredosis y muerte súbita, comúnmente provocada por insuficiencia cardíaca. La combinación con el alcohol aumenta considerablemente la toxicidad cardiovascular y hepática.

Entre los efectos más frecuentes de esta sustancia se encuentran: Euforia, ansiedad, hablar con exageración, dilatación de las pupilas, taquicardia, aumento en la presión arterial y en la temperatura corporal, alucinaciones, delirios de persecución, cambios en la percepción de la realidad, cambios conductuales, sensación de mayor fuerza en los músculos, pérdida del sentido del cansancio, autopercepción distorsionada.

La CONADIC (2022), divide las consecuencias de esta sustancia en tres dimensiones, físicas, psicológicas y sociales:

- **Físicas:** insomnio, cansancio extremo, ansiedad, pérdida de peso y desnutrición, disminución del sentido del olfato, sinusitis, úlceras o perforaciones en el tabique nasal, derrames cerebrales, convulsiones, dolores intensos de cabeza, arritmias o infartos, disminución del deseo sexual, impotencia en hombres e infertilidad en mujeres, muerte súbita por falla cardíaca.
- **Psicológicas:** Agresividad, irritabilidad, intolerancia, paranoia y alucinaciones auditivas.
- **Sociales:** desinterés por actividades que antes se disfrutaban y descuido del arreglo personal.

- **Sintéticas y nuevas sustancias psicoactivas (estimulantes):**

La OPS (2022) señala que en esta categoría se encuentran drogas como el MDMA o éxtasis, la cual es un alucinógeno y estimulante del tipo de las anfetaminas. Esta sustancia se asocia con una serie de efectos que, aunque poco frecuentes, pueden ser mortales, tales como: alteraciones del equilibrio entre el sodio y el agua corporal, daño hepático, hemorragia cerebral, hipertermia, así como problemas crónicos como deterioro de la memoria, depresión, trastornos de pánico, delirio e imágenes retrospectivas y, daño neurológico en el cerebro.

De acuerdo con la CONADIC (2022), en este grupo de sustancias sintéticas se encuentran el éxtasis (MDMA), tachas, tracas, Ferrari, pastillas maserati, happy face, cristal y efedra adán.

Entre los efectos más frecuentes de esta sustancia se encuentran: euforia, disminución del sueño y del apetito, aumento de la capacidad de socializar y comunicarse, trastornos en la percepción, alucinaciones visuales y auditivas, temblores, sudoración, escalofríos, rigidez muscular, taquicardia, aumento de la presión arterial, alteración de los sentidos, confusión, ansiedad y, movimientos involuntarios de manos, pies y mandíbula.

La CONADIC (2022), divide las consecuencias de esta sustancia en tres dimensiones, físicas, psicológicas y sociales:

- **Físicos:** Problemas en las encías y dientes, hemorragias por la nariz, dolor en huesos y articulaciones, desnutrición, convulsiones, lesiones en el cerebro, pérdida de la memoria, falla renal, problemas cardíacos, arritmias, convulsiones y crisis epilépticas, deshidratación, golpe de calor, y, muerte por sobredosis.
- **Psicológicos:** Autolesiones y/o automutilaciones, irritabilidad y conductas violentas, depresión e incapacidad para sentir placer, y, ataques de pánico, ansiedad y paranoia.
- **Sociales:** Aumento del riesgo de prácticas sexuales peligrosas, aumento en la probabilidad de cometer delitos, deterioro rápido y significativo de la imagen, síntomas psicóticos como esquizofrenia.

- **Sedantes e hipnóticos (depresoras):**

De acuerdo con la OPS (2022), en esta categoría de sustancias psicoactivas se encuentran sustancias como las píldoras para dormir, las cuales contienen benzodiazepinas y compuestos afines; todos ellos son depresores y normalmente se recetan para ayudar a las personas a dormir, o para tratar la ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, el dolor muscular, las crisis convulsivas y los traumatismos. Los sedantes y los hipnóticos pueden causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más elevadas de lo prescrito. Los síntomas de abstinencia incluyen ansiedad severa y pánico, insomnio, depresión, cefalea, sudor y fiebre, náuseas, vómitos y convulsiones.

Es muy poco probable que las sobredosis de benzodiazepinas provoquen la muerte, aun cuando se trate de dosis muy grandes. No obstante, cuando se combinan con otras sustancias como el alcohol, otras drogas depresoras u opioides, aumenta considerablemente el riesgo de una sobredosis y la muerte.

Entre los síntomas más frecuentes de esta sustancia se encuentra: cefaleas, confusión, somnolencia, depresión, náuseas, y, pérdida del equilibrio (OPS, 2022).

#### **2.4. Características**

En este punto, es crucial tener una dimensión amplia sobre los diferentes elementos que en conjunto caracterizan la dependencia de sustancias psicoactivas y, asimismo, los que caracterizan a una persona con dependencia a estas sustancias. Al respecto Becoña y Oblitas (2003) indican que una de las características centrales de las conductas adictivas es la pérdida del control (auto control). De la misma manera, los autores mencionan que una persona con dependencia a sustancias psicoactivas suele tener escaso o nulo autocontrol sobre sus propias conductas, a nivel motor, cognitivo y fisiológico; también, los autores afirman que las personas con este tipo de dependencia generan tolerancia a la sustancia, síndrome de abstinencia, y, una perspectiva con matices negativos hacia la vida, lo cual puede llevarlo a buscar ayuda o a que personas pertenecientes a su grupo social lo hagan por él/ella.

Cabe mencionar las características de la dependencia emocional desde una perspectiva neuropsicológica, para ello Rubio (2001, en Wille-González, 2011) sostiene que las sustancias psicoactivas provocan en el organismo, específicamente en el cerebro alteraciones en sus funciones, lo que en gran medida puede explicar los cambios comportamentales de las personas con dependencias a sustancias psicoactivas.

De la misma manera, el autor afirma que dichos cambios comportamentales son consecuencia de “la acción de las sustancias sobre los procesos neuroquímicos, los que a su vez modifican la acción de varios neurotransmisores. La dependencia se establece por la recompensa y refuerzo que producen las drogas, al intervenir sobre el sistema dopaminérgico-mesolimbo-cortical” (Rubio (2001, en Wille-González, 2011, p. 80).

Aunado a lo anterior, Echeburúa autor que ha enfocado durante muchos años sus trabajos a las dependencias, sostiene que “como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana” (Echeburúa, 1999, en Becoña y Oblitas, 2003, p. 74). Lo cual nos brinda una perspectiva general de las características principales de una persona dependiente.

Del mismo modo, cabe destacar los postulados de Gossop (1989, en Becoña y Oblitas, 2003), acerca de los componentes indicativos de una adicción. El autor menciona cuatro grandes categorías en las que engloba dichos componentes:

- 1) Fuerte deseo y sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta desadaptativa de consumir dicha sustancia, más aún cuando las circunstancias no permiten el acceso inmediato a esta.
- 2) Pérdida total o parcial del autocontrol para regular la frecuencia y regulación en la que realiza dicha conducta adictiva.
- 3) Malestar y desestabilización en el organismo cuando no se puede llevar a cabo la conducta adictiva, ya sea porque esta es impedida por otras personas o por el contexto.
- 4) Insistencia irracional de seguir haciendo la conducta adictiva, a pesar de que la persona sea consciente de que esta, está produciendo diversos daños en diferentes aspectos de su vida.

Al respecto, Casas, Bruguera, Duro y Pinet (2011, en Mendoza y Vargas, 2017) mencionan que una persona con dependencias psicoactivas está caracterizada por presentar conductas disruptivas, manifestándolas en comportamientos desadaptativos al tratar de conseguir arduosamente y con una necesidad excesiva el consumo de dichas sustancias, a pesar de ser conscientes en poca o gran medida del daño psicológico y físico que están teniendo como consecuencia.

En congruencia con lo anterior, Segura y Cáliz sugieren que el perfil de una persona con dependencia a sustancias psicoactivas, puede cumplir con las siguientes características: “la corta edad, la necesidad e importancia de sentirse aceptado, el poco

interés en los riesgos del consumo y, en algunos casos, la ansiedad y la depresión” (Segura y Cáliz, 2015, p. 313).

Aunado a lo anterior, el Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias (2011, en Tena-Suck, Castro-Martínez, Martín-Navarrete, Gómez-Romero, de la Fuente-Martín y Gómez-Martínez, 2018) reporta que es la población de entre 12 y 25 años, especialmente los adolescentes los más vulnerables a generar dependencias a sustancias psicoactivas, debido a que estos son influenciados por sus pares (presión social), por su inmadurez neurobiológica, lo cual los hace a comportarse de manera desadaptativa ante estos eventos, teniendo así errores en la percepción de lo que es correcto y lo que no lo es.

No obstante, los autores mencionan que, a pesar de la vulnerabilidad presente en esta etapa, “muchos de ellos nunca llegan a consumirlas ni padecen dependencia porque lo que constituye un factor de riesgo para una persona puede no serlo para otra, debido al tipo de formación, educación, comunicación con figuras de autoridad, autoconocimiento, entre otros” (Tena-Suck, et. al, 2018, p. 266).

## **2.5. Factores precipitantes.**

En el tema de las dependencias psicoactivas, para hablar de factores precipitantes se habla de factores de riesgo que están presentes en todas las sociedades, en todos los países y, que todas las personas están expuestas en mayor o menor medida en función de otros factores específicos a cada sociedad.

De esta manera, en este apartado se explicarán los principales factores precipitantes que pueden dar origen a la creación de dependencias psicoactivas. Tal como lo explican algunos autores “el consumo o rechazo de drogas vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto” (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007, p. 29).

Aunado a lo anterior, autores como Myers (1999, en Mendoza y Vargas, 2017), afirman que uno de los factores preponderantes y determinantes para el establecimiento

de dependencias a sustancias psicoactivas, es el aspecto social, el autor sugiere que elementos como el desempleo, la clase social, el nivel económico, la deserción escolar, el contexto en el que está establecida y se efectúan las relaciones interpersonales, son factores sociales clave que pueden acercar a las personas al consumo de sustancias psicoactivas.

Tras una revisión bibliográfica sobre el fenómeno de dependencias psicoactivas, Acosta (2015) señala que los factores de riesgo son considerados como agentes interpersonales, sociales e individuales, presentes en los contextos comunes para las personas, por ejemplo, casa, escuela, relaciones sociales como los amigos, tipo de actividades a las que se tiene acceso, etc. Asimismo, la autora menciona que en contraparte los factores de protección son todos aquellos que pueden reducir, neutralizar o eliminar los factores de riesgo.

Son varios los autores que se remiten a la infancia para comenzar a esbozar los posibles factores que precipitan el acercamiento a sustancias psicoactivas. Una de ellas es Acosta (2015), quien sugiere que en muchos casos los indicadores de riesgo están presentes desde las conductas disruptivas en la infancia, tales como comportamientos agresivos, falta de autocontrol, y temperamento difícil. Lo cual, si es reforzado en su núcleo familiar en las interrelaciones con su familia, en la escuela y en sus relaciones sociales, puede considerarse como un factor importante para el acercamiento a estas sustancias.

Aunado a lo anterior, es menester mencionar que en un estudio realizado por Rojas, Reyes, Sánchez y Chamba (2020), dirigido a observar la relación de adolescentes y sustancias psicoactivas, los autores encontraron que el 56% de los estudiantes adolescentes de la muestra habían consumido al menos alguna vez una sustancia psicoactiva. Lo más alarmante es que los autores mencionan que dichos estudiantes justificaban su consumo debido a que habían visto a sus padres, familiares, compañeros y amigos hacerlo, así como a problemas familiares. Lo cual nos da una percepción de que muchas de estas conductas de dependencia, están fuertemente influenciadas por un carácter social.

Relacionado con lo anterior, existen una serie de diversos factores psicológicos y sociales que se conjugan para determinar el inicio de consumo de sustancias psicoactivas, lo cual puede generar una futura dependencia a estas. Al respecto, Dallos y González (2005, en Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado, 2016), describen a estos factores como la presión social por parte de los pares o incluso familiares, la curiosidad por adquirir nuevas experiencias, y, en el caso de las sustancias psicoactivas legales como el tabaco y el alcohol, la facilidad con la que los pueden adquirir.

Asimismo, Nestler (2000, en Mendoza y Vargas, 2017), tras la realización de un estudio sobre genes y dependencias psicoactivas, llegó a la conclusión que los factores genéticos en las personas suelen contribuir entre un 40 y 60% para desarrollar y mantener la adicción.

En concordancia, es menester señalar las etapas presentes en una situación de dependencia psicoactiva, al respecto Lorenzo, et. al, 2009, en Acosta, 2015) hace mención de tres categorías que están en función con el consumo de sustancias psicoactivas:

- 1) **Iniciación al consumo:** Referente a los primeros contactos y acercamientos con las sustancias psicoactivas, en el cual se determinará si se repetirá el consumo o no, dependiendo del tipo de refuerzo que tengan con la sustancia, si es positivo, llevará a las personas a buscar dosis más grandes o con menor tiempo entre dosis, en contraste, si son negativos, producirá efectos aversivos hacia dicha sustancia.
- 2) **Desarrollo del esta adictivo:** Se produce una neuroadaptación al consumo frecuente de dicha sustancia. El organismo va modificando su funcionalidad para tratar de contrarrestar las alteraciones metabólicas producidas por la droga. Durante esta etapa pueden aparecer procesos de refuerzo negativo. Este estado afectivo negativo, que altera la homeostasis emocional, hace aparecer un nuevo motivo para la toma de la droga, ante lo desagradable que resulta el abandono de su consumo.
- 3) **Retirada del consumo:** Las modificaciones de la funcionalidad cerebral, producidas por el uso prolongado de la droga, son las responsables de los efectos



desagradables que suelen aparecer durante este periodo. Una vez terminada esta etapa, el individuo recupera un comportamiento que podría ser calificado como “normal”.

Siguiendo esta línea, Acosta (2015) basándose en la revisión de algunos autores (Jellineck, 1952; Khantzian, 1985; Weiss y Bozarth, 1987, en Acosta, 2015, pp. 55-56), presenta una recopilación de tres modelos explicativos que proponen desde una perspectiva biológica, los factores que pueden precipitar la generación de dependencias:

- 1) El modelo de enfermedad propuesto por Jellineck, 1952:** Este modelo postula que existe una predisposición genética que, junto con las dificultades en el proceso madurativo personal, provocan una susceptibilidad a la dependencia, todo ellos asociados a la intervención de factores facilitadores, como son la exposición a la droga y el estrés ambiental. Los problemas personales, familiares y sociales son, según este modelo, una consecuencia del consumo de drogas.
- 2) El modelo de la automedicación propuesto por Khantzian, 1985:** Este modelo postula que se requiere la existencia de un trastorno de personalidad y/o de un trastorno mental previo. La psicopatología presente en la persona provoca la necesidad de droga, que se consume en un intento de aliviar la misma. La psicopatología (impulsos agresivos, ansiedad, depresión, etc.) se modularía a través del consumo de droga que lleva a cabo la persona.
- 3) El modelo de exposición propuesto por Weiss y Bozarth, 1987:** En este modelo, los autores postulan que la dependencia se produce por la capacidad de las drogas de actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría las conductas de búsqueda y consumo.

Asimismo, es imprescindible tener una visión más amplia sobre los factores precipitantes que pueden desencadenar dependencias a sustancias psicoactivas, para ello, Mendoza y Vargas (2017) presentan tres modelos que han sido validos a lo largo de las últimas décadas:

- 1) Modelo médico tradicional:** En este modelo, la dependencia a las drogas se concibe como un fenómeno asociado exclusivamente a aspectos de la persona.

Se percibe la dependencia como un problema médico, una enfermedad que es causada por el consumo de las sustancias, con consecuencias en niveles biológicos (Pons, 2008, en Mendoza y Vargas 2017, p. 143-144).

- 2) **Explicación neurobiológica:** En este modelo, la dependencia a las sustancias psicoactivas se considera una enfermedad exclusiva del cerebro, en palabras de Baler (2006, en Mendoza y Vargas, 2017) “específicamente de los centros motivacionales y de reforzamiento que dan por asegurada la supervivencia de los organismos y de la especie” (p. 144).
- 3) **Modelo psicosocial:** Este modelo explica que las áreas cognitivas de la persona se deterioran debido al consumo de sustancias psicoactivas, teniendo así repercusiones en el ámbito social. De la misma manera, Mendoza y Vargas (2012) sostienen que “en términos psicosociales, y es así que cuando un individuo empieza a consumir, lo hace, en algunos casos, porque persigue una meta psicosocial” (p. 144).

Los modelos anteriores han llevado a la comunidad científica que aborda el tema de dependencias psicoactivas, a buscar una explicación más amplia, concreta y profunda sobre cómo surge este fenómeno, originándose así el modelo biopsicosocial. En dicho modelo, se aborda las causas que pueden precipitar la dependencia a sustancias psicoactivas desde tres grandes categorías: la biológica, la social y la psicológica, factores que se han explicado con antelación en este apartado.

Por su parte, Pitts “reconoce las bases biológicas y genéticas de muchas enfermedades, incluye el rol de elementos psicológicos como creencias, comportamientos y cogniciones en el desarrollo de las enfermedades y reconoce que los contextos sociales, económicos y culturales tendrán gran impacto en la salud” (Pitts, 1998, en Mendoza y Vargas, 2017, p. 145).

En este punto, es crucial aludir a los postulados de Pons (2008, en Mendoza y Vargas, 2017) quien sostiene que otro elemento importante que determina la iniciación y mantenimiento de dependencias a sustancias psicoactivas, es el factor ambiental. El autor describe a este factor como la suma de tensiones sociales, problemas económicos,

escasas oportunidades de conseguir trabajo o acceder a educación, nulas condiciones de igualdad social, etc., elementos que pueden desarrollar frustración en las personas.

Por su parte, Rojas, Reyes, Sánchez y Chamba (2020), indican que se puede distinguir los factores de riesgo o causales a las dependencias emocionales entre tres categorías, los primeros correspondientes a nivel individual, los familiares y, los factores sociales:

- 1) **Factores de riesgo individuales:** baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas, baja autoestima.
- 2) **Factores de riesgo familiares:** consumo de sustancias psicoactivas por parte de sus modelos de referencia (padres, tíos, abuelos, hermanos, primos, etc.), disciplina autoritaria, sobreprotección, falta de supervisión, violencia intrafamiliar.
- 3) **Factores de riesgo sociales:** bajo apoyo de redes sociales, disponibilidad de las sustancias psicoactivas, uso de sustancias psicoactivas por parte de sus pares, violencia en contextos escolares, sociales, laborales, etc. (p. 132).

En contraparte con lo anterior, son varios los autores (Wang, Kapoor y Goate 2012, 2013; Uhl, 2006; Li, Mao y Wei, 2008; Hiroi y Agatsuma, 2005; Spear, 2013; Schepis, Adinoff y Rao, 2008; Allen, Donohue, Griffin, Ryan y Turner, 2003; Cleveland, Feinberg, Bontempo y Greenberg, 2008; Ongel-Atar, Yalcin, Uygun, Ciftci-Demirici y Erdogan, 2016, en Tena-Suck, et. al, 2018, pp. 266-269), que proponen desde la medicina, dos dimensiones en las cuales se puede explicar la generación de las dependencias emocionales. Es importante señalar que para los autores “los factores familiares y medioambientales son los que determinan el inicio de estas sustancias psicoactivas, mientras que los genéticos y neurobiológicos determinarán si las personas serán dependientes o no a la sustancia.

### 1) Factores individuales (genéticos y del desarrollo neurobiológico):

- a) **Factores genéticos:** Los autores mencionan que existen cerca de 1500 genes asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en su mayoría estos, están relacionados con polimorfismos en la serotonina y dopamina; asimismo, en algunos casos la genética puede explicar entre un 40 y 60% la vulnerabilidad para padecer dependencias; existen estudios en los que se compara a niños con

padres alcohólicos que viven alejados de este ambiente, con otros que están inmersos en el ambiente, teniendo resultados muy similares.

- b) Del desarrollo y neurobiológicos:** Los factores neurobiológicos del desarrollo cerebral predisponen a los adolescentes a mayor riesgo de consumir sustancias debido a la vulnerabilidad en el proceso de toma de decisiones, afiliación con pares que muestran conductas inadecuadas, búsqueda de nuevas experiencias que condicionan mayores niveles de estimulación de los sistemas de recompensa, y, poca percepción de daño.

## **2) Familiares y medioambientales:**

- a) Familiares:** consumo por parte de uno o ambos padres, violencia intrafamiliar, conflictos familiares y el manejo emocional deficiente; vivir en una comunidad con inestabilidad socioeconómica y con prácticas sociales que favorecen el consumo de sustancias
- b) Ambientales:** la influencia de hermanos, compañeros y amigos. De acuerdo con las características de socialización, el consumo de sustancias por parte de pares y compañeros aproxima a las personas a probar estas sustancias, asociando este comportamiento con sentido de pertenencia e identificación con esos grupos sociales.

Tomando en cuenta lo anterior, Segura y Cáliz (2015) hacen una recopilación de dos investigaciones (Morales, et. al, 2011; Palma-Campos, 2011; en Segura y Cáliz, 2015), mediante la cual las autoras concluyen que existen dimensiones explicativas al fenómeno de las dependencias psicoactivas: en primera instancia señalan que la primera dimensión alude a la oferta y accesibilidad que tienen las personas, en especial los jóvenes a estas sustancias, lo cual estimula el microtráfico de las mismas en los lugares que los jóvenes frecuentan, como lo son escuela, lugares aledaños a sus casas, lugares recreativos, centros comerciales, parques, etc. Por otra parte, las autoras sugieren que el entorno familiar es crucial, debido que en ocasiones las sustancias psicoactivas forman parte de las prácticas habituales de las familias, siendo la venta de estas, estrategias de sobrevivencia ante las escasas oportunidades sociales.

Cabe destacar que Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado (2016), plantean una explicación desde una perspectiva conductual, indicando que el consumo de sustancias psicoactivas que generan dependencia, no solamente debe ser explicado como algo unicausal, en el que el cuerpo se vuelve dependiente de la sustancia, sino, que existen diversas contingencias tales como “los efectos reforzantes (positivo o negativo) de su acción fisiológica, sino también por las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros múltiples dominios, tales como el reconocimiento social, los recursos económicos, la salud, las relaciones afectivas, etc.” (Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado, 2016, p. 46).

## **2.6. Consecuencias**

Englobando los apartados anteriores del presente capítulo, es evidente que existe una correlación significativa entre la dependencia a sustancias psicoactivas y, diversos efectos negativos físicos, cognitivos, emocionales y sociales tanto para la persona dependiente como para su círculo social de referencia, como lo es la familia, la pareja, los amigos.

Desde el punto de vista de varios autores (Fernández-Artamendi, 2017; Villegas, 2017; Merchán et. al, 2017; en Momeñe, et. al, 2021) los efectos que suelen producir el uso de sustancias psicoactivas son variados, desde el punto fisiológico y psicológico manifestándose como pérdida o deterioro de la voluntad, del auto control y de las relaciones sociales, hasta bajo rendimiento escolar y laboral.

Desde la perspectiva de Medina, Villatoro y Natera (2013, en Mendoza y Vargas, 2017) el uso de sustancias psicoactivas repercute directamente de una manera negativa en todo el mundo. Es decir, que si desenvolvemos las consecuencias que tienen el uso de estas sustancias, en el plano económico encontramos que presenta gastos excesivos para los sistemas de salud, por las variadas enfermedades que conllevan el uso de estas sustancias, además, a nivel social representan altos índices de violencia, tanto para las personas que las consumen, como consecuencia directa de su uso, como las actividades delictivas que están relacionadas en función de la distribución de estas sustancias.

Al respecto, Acosta (2015) indica que el consumo de sustancias psicoactivas debe entenderse como una problemática de salud pública y no solamente individual, ya que la magnitud del impacto de las consecuencias que tiene en la persona, a nivel individual, afecta directamente al plano social y cultural.

Tal como lo menciona Adam (2014, en Mendoza y Vargas, 2017) “las drogas producen efectos como la agresividad y la desinhibición, que estimulan el comportamiento violento y favorecen situaciones negativas” (Adam, 2014, en Mendoza y Vargas, 2017, p. 148).

Aunado a lo anterior, de acuerdo con Rojas, Reyes, Sánchez y Chamba el consumo de sustancias psicoactivas representa una problemática de salud pública a nivel mundial, de la cual es imprescindible poner una solución, “debido a que provocan diversos problemas sociales y sanitarios a corto y largo plazo, asimismo desencadena estados emocionales negativos que no solo afectan a nivel individual sino también familiar y social, impidiendo el adecuado desenvolvimiento del individuo dentro de la sociedad” (Rojas, Reyes, Sánchez y Chamba, 2020, p. 132).

La mayor problemática de las dependencias a sustancias psicoactivas es el encubrimiento de sus consecuencias, es decir que en su mayoría los efectos de estas no suelen darse de manera inmediata. Al respecto, Becoña y Oblitas (2003) indican que esto radica que en su mayoría, los efectos negativos de las dependencias a sustancias psicoactivas, son a mediano y largo plazo.

A manera de ejemplificar, se puede tomar como referencia a las personas con dependencia a los cigarros, siendo sus efectos como cáncer de pulmón o de boca, EPOC o enfermedades cardiovasculares después de años ininterrumpidos de fumar; de la misma manera con las personas dependientes al alcohol, los cuales, a excepción de los accidentes causados, generan enfermedades hepáticas.

Al respecto, Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado (2016) basados en datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sostienen que tan sólo en el año 2010, a nivel mundial, entre 99,000 y 253,000 personas de entre 15 y 64 años de edad, fallecieron

como consecuencia directa del consumo de sustancias psicoactivas, lo cual señala datos alarmantes ya que estas cifras de decesos, constituyen el 1.3% de la mortalidad general.

Asimismo, Segura y Cáliz señalan que tan sólo en América Latina, el fenómeno de la dependencia a sustancias psicoactivas representa una problemática de grandes magnitudes, ya que tal como lo señalan las autoras: “afecta a individuos, familias y comunidades, tanto por la adicción física y psíquica del consumidor problemático y su exposición a enfermedades como el SIDA y la hepatitis B, como por los efectos sociales del narco y el microtráfico de estupefacientes, sobre la sociedad” (Segura y Cáliz , 2015, p. 311).

Lo cual reafirman (Tena-Suck, et. al, 2018), mencionando que como consecuencia de las dependencias emocionales, puede inducir a las personas a consumir sustancias psicoactivas por medio de un método intravenoso, aumentando significativamente la probabilidad de contagios como “el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), complicaciones vasculares, daño hepático, distintos tipos de cáncer y en adolescentes embarazadas consumidoras pueden generarse alteraciones congénitas, como teratogénesis y síndrome alcohólico fetal” (Tena-Suck, et. al, 2018, p. 265).

En esta misma línea, Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado (2016) señalan que, de acuerdo al informe de la OMS sobre el consumo de alcohol en las personas del año 2005, los efectos de consumir esta sustancia psicoactiva legal se pueden expresar en términos psicosociales y biológicos, ya que como consecuencia están relacionadas más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones entre las que se destacan: cáncer de esófago, cirrosis, crisis epilépticas, homicidios, accidentes de tránsito, etc. asimismo, los autores basándose en el mismo informe pero con el tabaco, afirman que una de cada diez personas en el mundo, muere a causa del consumo de tabaco, lo que representa cerca de cinco millones al año.

Aunado a lo anterior, es menester aludir a los señalamientos de los Resultados de la Encuesta Nacional sobre Drogas realizada por la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (2009, en Tena-Suck, et. al, 2018), en los cuales

mencionan que anualmente, las salas de emergencia (urgencias) reciben alrededor de dos millones de pacientes relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas.

De la misma manera, (Tena-Suck, et. al, 2018) mediante una revisión bibliográfica, afirman que las consecuencias de las dependencias psicoactivas se deben medir en términos biopsicosociales, ya que entre los daños más comunes se pueden presenciar: “lesiones y accidentes que pueden causar muerte o discapacidad, deserción y bajo rendimiento escolar o laboral, violencia familiar, conducta antisocial, eventos traumáticos, otros trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad), ideación y conducta suicidas, conductas sexuales de riesgo, etc.” (Tena-Suck, et. al, 2018, p. 265).

Es importante considerar que aparte de las consecuencias biológicas a nivel orgánico que generan estas dependencias, manifestadas en enfermedades a mediano y largo plazo, las consecuencias sociales son un elemento crucial. En palabras de Becoña y Oblitas “aparte de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, problemas legales, familiares, etc. Lo mismo podemos decir de las otras adicciones, donde en muchos casos la ruina económica es un paso previo al resto de los problemas legales, familiares, físicos, etc.” (Becoña y Oblitas, 2003, p. 76).

Al respecto, de acuerdo a datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2010; 2011, en Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado, 2016), se indica que, en el aspecto del consumo de tabaco en adolescentes, más de la mitad de los jóvenes que presentan esta dependencia, morirán a consecuencia de riesgos de salud relacionados al cigarro. Asimismo, cabe señalar que, en dichos datos, se menciona que los adolescentes que son dependientes al tabaco, tienen tres probabilidades más de ser consumidores de alcohol y generar dependencia a ello, además de tener ocho probabilidades más de consumir marihuana (cannabis), lo que representa un riesgo alarmante porque de la misma manera, tienen más probabilidades de incurrir en conductas desadaptativas como la delincuencia.

De manera complementaria, Ramírez y Heller (2016, en Vilugrón, Hidalgo-Rasmussen, Molina, Gras y Font-Mayolas, 2017) mencionan que “el inicio precoz de tabaco o marihuana se relaciona con prevalencias más elevadas de consumo diario de



tabaco y de marihuana, con patrones de consumo abusivo de alcohol y con policonsumo (p. 1526)”.

Si consideramos que cada vez son más las personas que incurren en el consumo de sustancias psicoactivas a tempranas edades, las consecuencias de ello, pueden ser cruciales y determinantes, ya que, para un adolescente en desarrollo, puede afectar su manera de percibir la vida, su salud, su desarrollo y, provocar potenciales comportamientos desadaptativos.

Al respecto algunos autores sugieren que el uso de sustancias psicoactivas “en infantes y adolescentes está relacionado significativamente con daños que van desde riesgos físicos, disminución del rendimiento escolar, depresión, agresión, consumo de otras sustancias, comportamientos sexuales riesgosos hasta el suicidio” (Fisher, Miles, Austin, et al, 2007, en Mendoza y Vargas, 2017, p. 148).

De la misma manera, López, León, Muela y Araque (2003, en Mendoza y Vargas, 2017), sugieren que una de las consecuencias más comunes en el uso de sustancias psicoactivas van más allá del consumidor, afectando directamente a su red de apoyo social como la familia, sus amigos, compañeros de trabajo, pareja, etc.

Es importante tener en cuenta que otra de las consecuencias derivada de la dependencia a sustancias psicoactivas, es el daño a nivel cerebral, el consumo excesivo o duradero de estas sustancias puede afectar de manera significativa al equilibrio de nuestro cerebro.

En palabras de Squeglia, Jacobus y Tapert, “el daño neurotóxico que ocasionan las sustancias de abuso compromete la maduración fisiológica del sistema nervioso y el desarrollo normal” (Squeglia, Jacobus y Tapert, 2009, en Tena-Suck, et. al, 2018, p. 268).

Asimismo, Tena-Suck, et. al, (2018) señalan que el consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas, puede repercutir negativamente en el desarrollo de funciones cognitivas, afectando la morfología y función normal de los cerebros, disminuyendo el volumen encefálico, presentando menores cantidades de sustancia blanca, patrones de activación neuronal anormales y, déficits en el aprendizaje, en la atención y en la memoria de los adolescentes consumidores.

Como se mencionó con antelación, otro de los elementos presentes como consecuencia de las dependencias psicoactivas, es el daño a nivel cerebral que suelen causar estas sustancias. Mendoza y Vargas (2012) aluden a datos de la World Health Organisation, indicando que en general, el consumo de sustancias psicoactivas altera significativamente características físicas y químicas de los organismos, atacando directamente al sistema nervioso central, modificando su estructura y, por ende, su modo de funcionar.

Al respecto, Becoña (2014, en Mendoza y Vargas, 2017) menciona que, como consecuencia del uso excesivo de estas sustancias, se pueden originar para la persona que las consume, trastornos como depresión, ansiedad y trastorno bipolar.

En congruencia con lo anterior, algunos autores (Couwenbergh, Van Den Brink, Zwart, Vreugdenhil, et. al, 2006; Marín-Navarrete, Benjet, Borges, et. al, 2013, en Tena-Suck, et. al, 2018) mencionan que, de acuerdo a diversos estudios enfocados a pacientes adolescentes con trastornos presentes debido al consumo de sustancias psicoactivas, existe una comorbilidad de 61 a 88% en trastornos como trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial, trastorno del estado de ánimo, y, trastornos como la ansiedad y la depresión.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede considerar que las dependencias de sustancias psicoactivas representan una problemática seria a nivel mundial, para Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado (2016), el consumo de estas sustancias “se traducen en diversos problemas médicos, psicológicos, psicosociales e interpersonales, afectando principalmente a la juventud” (Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado, 2016, p 46).

En este punto, para respaldar los datos expuestos precedentemente como consecuencia del uso de sustancias psicoactivas, es menester hacer referencia a un estudio realizado por Rojas, Reyes, Sánchez y Chamba (2020) en el cual tuvieron una muestra de 80 adolescentes, de los cuales el 56% manifestó haber usado al menos una vez sustancias psicoactivas y, de estos, su percepción después de usar estas sustancias, según los autores: “el 23% de los estudiantes consideran que las sustancias producen violencia, el 22% distracción, el 19% sobredosis, el 10% enfermedades contagiosas, el

9 % felicidad, el 8% tristeza y otro 9% indicaron algún otro efecto que producen las sustancias” (Rojas, Reyes, Sánchez y Chamba, 2020, p. 133).

De acuerdo a datos de Vilugrón, et. al, (2017), quienes realizaron un estudio de corte transversal-analítico en una secundaria municipal en Chile, utilizando una muestra de 550 estudiantes con una edad promedio de 16 años; en dicho estudio, encontraron que de la muestra total, la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia era el alcohol 39% (cabe destacar que 16.5% reporto consumos excesivos de alcohol), seguida de la marihuana 32.9% y, por último, el tabaco con 30.9%. Es importante mencionar que los autores detectaron que la sustancia psicoactiva con la que iniciaron los adolescentes fue el tabaco, siendo el 39.2% de la muestra. Datos alarmantes si consideramos que más de 200 adolescentes del estudio, son dependientes al alcohol, al tabaco y la marihuana.

Siguiendo la línea de consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, de acuerdo con datos de la OMS (2011, en Ferrel, Ferrel, Alarcón y Delgado, 2016), respecto al tabaquismo, dichos datos indican que cerca de cinco millones de jóvenes mueren anualmente a causa del consumo de esta sustancia. Lo cual representa cifras alarmantes considerando la edad.

Al respecto, (Tena-Suck, et. al, 2018) consideran que el consumo de sustancias psicoactivas en personas menores de 24 años, constituye una gran problemática de salud pública de suma importancia a nivel mundial; asimismo, los autores destacan que existen escasos programas de prevención y, pocas investigaciones enfocadas directamente a este fenómeno.

Es claro que el consumo de sustancias psicoactivas está ligado a una serie de multifactores, tales como la edad, la genética, la historia individual y familiar, el contexto social y económico y la cultura.

En los últimos años se ha normalizado de manera exponencial el consumo de estas sustancias, tanto las de índole legal como lo son el tabaco y el alcohol, como las ilegales. Lo cual representa una problemática delicada por el carácter adictivo y su potencial para crear dependencias.

Es importante dimensionar el consumo de estas sustancias como una problemática que debe ser abordada multidisciplinariamente, siendo la medicina, la psicología, la psiquiatría y la nutrición las principales ciencias mediante las cuales se debe abordar este fenómeno.

Ya que, como se expone en el presente capítulo, las consecuencias de la dependencia de una o más sustancias psicoactivas representa un conflicto grave tanto para la persona dependiente, como para las personas que forman parte de su entorno social. De esta manera, se entiende a las consecuencias como un problema psicológico, biológico y social.

## Capítulo 3

### Dependencias emocionales

Las relaciones sociales son parte fundamental de la vida de las personas, desde pequeños, aprendemos y descubrimos el mundo a través de las relaciones interpersonales, asimismo, aprendemos de valores, aprendemos en la escuela y, aprendemos a convivir a partir de relaciones sociales. En otras palabras, las relaciones sociales son parte fundamental de la especie humana, al ser una especie que tiene como principal rasgo la socialización.

Tal como lo indica el ciclo de la vida desde la biología: nacer, crecer, reproducirse y morir. En este sentido es inconcebible poder reproducirse sin que exista una mínima relación previa. Así, las relaciones interpersonales fungen un papel esencial en la vida saludable de los seres humanos. En términos psicológicos, las relaciones sociales son fundamentales para el bienestar de las personas, ya que por medio de estas se construye y transmite el conocimiento, se comparten experiencias y emociones, se crece y se desarrolla.

Sin embargo, existen relaciones que dejan de ser saludables y tienen una tendencia autodestructiva, tal es el caso de las relaciones en las que está presente la dependencia emocional. Este tipo de dependencia, aunque infravalorado, suele estar presente en muchas personas. Por tal motivo, en el presente capítulo se esbozará las diferentes acepciones que existen en cuanto a este fenómeno, asimismo, se presentarán los factores precipitantes que potencialmente generan este tipo de dependencias, tomando en cuenta las características y particularidades de las personas dependientes y, el perfil de las personas a las que se dependen (objeto). Finalmente, se presentarán las consecuencias que implica vivenciar una dependencia emocional.

### 3.1. Antecedentes

El ser humano es social por naturaleza, socializamos con nuestros padres y hermanos, amigos, parejas, profesores, colegas, etc. En palabras de Diener y Biswas-Diener (2008, en Laca y Mejía, 2017) “en sí mismas, las relaciones personales son una parte esencial del bienestar psicológico” (Diener y Biswas-Diener, 2008, en Laca y Mejía, 2017, p. 67).

Sin embargo, existen relaciones interpersonales conflictuantes que, lejos de contribuir a crear una red de apoyo y mantener un bienestar psicológico, terminan por convertirse en situaciones negativas para las personas.

Una de las dependencias más comunes y subestimadas, es la dependencia emocional, la cual, puede ser tan dañina y perjudicial para una persona, como lo es la dependencia a sustancias psicoactivas. Autores como Villa y Sirvent (2009) sugieren que el estudio de dependencias emocionales ha sido un tópico ignorado o con poca relevancia en el ámbito de la psicología, ya que, a pesar de que este tipo de dependencia forma parte crucial en el ámbito de la psicología clínica, existen aún “numerosos trastornos psicológicos como elementos nucleares de base que se ignoran o lateralizan precisamente porque los profesionales desconocen en buena medida su etiología y claves diagnósticas y terapéuticas” (Villa y Sirvent, 2009, p. 230).

Al respecto, recientemente algunos autores han señalado la importancia de estudiar la dependencia emocional, ya que cuando se habla de dependencia, la mayoría de las personas la asocian a ciertas sustancias psicoactivas como la marihuana, la cocaína, el hachís, etc. Sin embargo, algunos autores, han preponderado la relevancia que tiene estudiar el fenómeno de las dependencias emocionales.

En palabras de dichos autores se menciona que, en las sociedades actuales, “están surgiendo nuevas dependencias con y sin sustancias psicoactivas (juego, comida, compra, sexo, internet, etc.) entre ellas las relativas a las dependencias sentimentales que constituyen un fenómeno de enorme importancia sociosanitaria” (Alonso-Fernández; Becoña; y, Echeburúa, 2003; 2005; 2000, en Villa y Sirvent, 2009, p. 230).

### 3.2. Definición

Uno de los autores que más ha ahondado en el tema de las dependencias emocionales, es Jorge Castelló Blasco, quien ha puntualizado una definición concreta y clara sobre la dependencia emocional: “La dependencia emocional es la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones” (Castelló, 2005, p. 17).

Siguiendo la línea de investigación abordada por este autor, es menester resaltar que el autor prepondera en una persona con dependencia emocional comportamientos como la sumisión, sentimientos intensos de miedo al abandono y “necesidad afectiva extrema de una persona hacia su pareja” (Castelló, 2005, p. 17).

Esta dependencia se caracteriza por la necesidad irracional de afecto, atención y demanda de tiempo de una persona a otra. Tener una dependencia o adicción no necesariamente se refiere al consumo de sustancias, “sino que existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Echeburúa y Corral, 2017 en Santamaría, Merino, Montero, Cano, Fernández, Cubero, López y González-Bueso, 2015, p. 37).

Autores como Lemos, Jaller, González, Díaz y De la Ossa (2012) han adoptado una definición al fenómeno de dependencia emocional, desde una mirada cognitivo-conductual, dichos autores refieren que esta problemática “se plantea como un patrón que involucra aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales orientados al otro como fuente de satisfacción y seguridad personal, que implica creencias erróneas acerca del amor, de la vida en pareja y de sí mismo” (Lemos, Jaller, González, Díaz y De la Ossa, 2012, p. 396).

Al respecto, algunos autores (Momeñe, Jáuregui y Estévez, 2017; Momeñe y Estévez, 2018, en Momeñe, Estévez, Pérez-García, Jiménez, Chávez-Vera, Olave e Iruarrizaga, 2021) sostienen que las personas que presentan dependencia emocional, manifiestan una excesiva necesidad de afecto continuo por parte de su pareja, priorizando a esta sobre cualquier otra cosa en sus vidas. Asimismo, dichos autores

mencionan que las personas con dependencia emocional, tienden a tener un exceso de miedo al abandono y al rechazo, lo cual las lleva a tener comportamientos de sumisión, predisponiendo sus relaciones a convertirse en potencialmente violentas.

Es imprescindible brindar una definición desde un enfoque de la psicología social, a manera de que se pueda concebir una dimensión más amplia sobre el fenómeno de las dependencias emocionales. Para ello, es importante remitirse a los estudios de Villa y Sirvent (2009), autores que han aportado una perspectiva social al estudio de las dependencias emocionales.

En palabras de estos autores, “las dependencias emocionales se definen como trastornos relacionales caracterizados por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal, basados en una asimetría de rol y en una actitud dependiente en relación al sujeto del que se depende” (Villa y Sirvent, 2009, p. 231).

Aunado a lo anterior, este tema genera más interés, ya que tal como lo mencionan De la Villa, Sirvent, Ovejero y Cuetos (2018), tras la realización de un estudio con una muestra de 880 personas, los autores postulan en sus hallazgos que “se ha comprobado que los dependientes emocionales son personas vulnerables emocionalmente que manifiestan una ceguera hacia el otro, lo cual se podría explicar por la conjunción de ilusiones y/o atribuciones, hedonismo y expectativas” (De la Villa, Sirvent, Ovejero y Cuetos, 2018, p. 164).

Como se observa, son varios los autores que han abordado el tema de las dependencias emocionales, y han tratado mediante sus investigaciones de aproximar definiciones concretas referentes a la dependencia emocional, uno de ellos es Castelló (2000), quien ha definido a la dependencia emocional como un trastorno que tiene como características principales patrones persistentes de necesidad de emociones insatisfechas, los cuales se intentan cubrir de manera desadaptativa con otras personas.

Siguiendo esta línea, Villa y Sirvent (2009) tras sus estudios sobre dependencia emocional, apegados a las investigaciones de Peele, nos brindan una definición concisa al definir las dependencias emocionales como “un patrón crónico de demandas afectivas frustradas, que buscan desesperadamente satisfacerse mediante relaciones



interpersonales de apego patológico y, en las que se prioriza la naturaleza adictiva del fenómeno” (Villa y Sirvent, 2009, p. 231).

A su vez, Laca y Mejía, han definido la dependencia emocional como “un patrón persistente de necesidades emocionales que se intentan satisfacer de manera inadaptada con otras personas” (Laca y Mejía, 2017, p. 67). Asimismo, dichos autores señalan que esta dependencia emocional es considerada como un desorden de personalidad dependiente, por parte del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).

Por su parte, Villa y Sirvent (2009, en Santamaría, et. al, 2015) han descrito a la dependencia emocional como un comportamiento “adictivo a las relaciones interpersonales, basado en un rol asimétrico y en una actitud dependiente cuando se relacionan con el sujeto del que dependen” (Villa y Sirvent, 2009, en Santamaría, et. al, 2015, p. 37).

Aunado a lo anterior, es necesario no olvidar los principios de la Teoría Cognitivo Conductual, en la que se señala que una de las principales premisas para que las personas se comporten o piensen de tal manera, son sus creencias al respecto.

Siguiendo esta línea, algunos estudios (Lemos & Londoño, 2006; Moral & Sirvent, 2008; Sirvent & Moral, 2018, en De la Villa, Sirvent, Ovejero y Cuetos, 2018) sugieren que para entender el fenómeno de la dependencia emocional, es crucial tomar en cuenta varios aspectos tales como emocionales, cognitivos, motivacionales y comportamentales, así como las creencias distorsionadas acerca del amor y las relaciones sociales.

Es imperativo hacer mencionar que, pese a que las dependencias emocionales son un aspecto poco estudiado y, del cual se tiene la idea coloquial de que son exclusivamente del género femenino, autores como González-Jiménez y Hernández-Romera (2014, en Santamaría, et. al, 2015) tras la realización de un estudio para medir el grado de dependencia emocional en estudiantes de secundaria, encontraron en sus resultados que este fenómeno está presente en la misma proporción en ambos sexos.

De la misma manera, en un estudio realizado por Laca y Mejia (2017) encontraron que en contraste con lo que se suele pensar socialmente, estereotipando a la mujer como más sensible y, por ende, con más probabilidad de generar dependencia emocional, encontraron que las mujeres manifestaron significativamente una menor ansiedad de separación que en los hombres.

Cabe mencionar, que existen autores que proponen una definición de dependencia emocional con diferencias significativas a las ya expuestas con antelación, tal es el caso de May y Sannuti quienes definen este fenómeno como “una vinculación insana basada en el dolor, la rabia y el miedo, en un ambiente abusivo, posesivo e inaccesible; la cual se basa en el desequilibrio y en la desigualdad, ya que una persona es sometida por otra, esto es posible porque su compañía se vuelve más importante que el sentir amor” (May y Sannuti, 2000; 2006, en Massa, Pat, Keb, Canto y Chan, 2011, pp. 180-181).

Además, tal como se señaló al principio de este apartado, la dependencia emocional es una problemática social que puede afectar de manera individual a una persona de la misma manera como lo haría una dependencia psicoactiva. Tal como lo describe Brenlla, Brizzio y Palermo (2009, en Massa, et. al, 2011) para una persona con dependencia emocional, es cuando el amor que siente, se convierte en una adicción, lo cual lleva a depender totalmente de la persona que ama.

### **3.3. Características**

Como ya se mencionó, las dependencias emocionales tienen como singularidad que las personas tienen un exceso de necesidad irracional por atención de otras personas, miedo a la pérdida de esos vínculos interpersonales y, necesidad de aprobación.

En esta misma línea, algunos autores (Castelló, 2000, 2005; Schaeffer, 1998; González-Bueso, 2011, en Santamaría, et. al, 2015) caracterizan a las personas con dependencia emocional con las siguientes peculiaridades:

- 1) Necesidad excesiva de aprobación.
- 2) Gusto por relaciones exclusivas.
- 3) Demanda de disponibilidad continua de la presencia de la otra persona.
- 4) Euforia excesiva y expectativas irreales sobre las relaciones interpersonales.
- 5) Sometimiento o subordinación (tolerancia a desprecios y humillaciones).
- 6) Miedo a perder la relación.

Al respecto, Villa y Sirvent (2008; 2009, en Santamaría, et. al, 2015) señalan que, a partir de estudios realizados sobre este fenómeno, una singularidad de los pacientes que presentan dependencia emocional es que, en su mayoría, estos tienden a tener miedo a estar solos, presentan baja tolerancia a la frustración, al aburrimiento y al ocio, vacío emocional, y, en algunos casos deseos de autodestrucción e ideación e intentos suicidas.

Igualmente, Castelló (2005) postula que las personas con dependencia emocional, en su mayoría, tienden a mantener relaciones de pareja desde muy tempranas edades, siendo una característica principal de ellas, el esfuerzo por estar siempre con alguien.

Lo cual, en palabras del autor puede resultar extremadamente contraproducente ya que, por ejemplo, “después de una ruptura, vivida como un acontecimiento verdaderamente catastrófico, intentan reanudar la relación por nefasta que haya sido o bien buscan a otra persona que cubra su necesidad extrema de estar acompañados de alguien” (Castello, 2005, p. 19).

De igual manera, para tener una perspectiva más clara sobre las características del dependiente emocional, es crucial aludir a Sirvent y Villa (2009), quienes a partir de numerosos estudios (Moral, 2006, 2007; Moral & Sirvent, 2008; Sirvent, 2000, 2004, 2006; Sirvent & Moral, 2007, en Villa y Sirvent, 2009) sugieren que se puede identificar las características de una persona con dependencia emocional, en tres grandes categorías:

- 1) **Adictofílicos (semejantes a un adicto convencional):** necesidad afectiva extrema con subordinación sentimental; vacío emocional; Craving o anhelo

intenso de la pareja; síntomas de abstinencia en su ausencia; búsqueda de sensaciones.

- 2) **Vinculares (patología de la relación):** apego invalidante con menoscabo de la propia autonomía; rol ejercido (subordinado o antidependiente, sobre control, pseudoaltruismo, orientación rescatadora, juegos de poder); estilo relacional (acomodación al status relacional patológico).
- 3) **Cognitivo-afectivos (psicopatología asociada):** mecanismos de negación y auto engaño; sentimientos negativos (inescapabilidad emocional, abandono, culpa), integridad del yo (asertividad, límites, egotismo).

Por su parte, Laca y Mejía (2017) aluden que las personas que manifiestan dependencia emocional, se caracterizan por tener demandas afectivas excesivas y, relaciones de pareja e interpersonales desequilibradas, siendo la idealización y la sumisión factores clave.

Lo anterior, siendo comprobado con Villa y Sirvent (2009) quienes mencionan que una de las principales características de un dependiente emocional es el fantaseo excesivo al comienzo de una relación interpersonal, lo que da pauta a la creación de idealizaciones excesivas.

Aunado a lo anterior, diversos autores (Moral y Sirvent, 2009; Momeñe y Estévez, 2019, en Momeñe et. al, 2021) aluden como característica principal de las personas con dependencia, a la poca capacidad de resiliencia, asimismo, a la manifestación de posesividad, poco control para poder romper las relaciones a pesar de que estas sean insatisfactorias o, presenten un riesgo para ellas. De la misma manera, se perciben como incapaces de sentirse completos y plenos con su pareja.

Con el objetivo de esclarecer los argumentos anteriores, Villa y Sirvent (2009) proponen una serie de características propias de las personas con dependencia emocional, siendo estas:

- a) Posesividad y desgaste energético psicofísico.
- b) Incapacidad para romper ataduras.
- c) Amor condicional, visto como el “dar para recibir”.

- d) Pseudosimbiosis, hace referencia a no estar completo sin el otro.
- e) Desarrollo de un locus de control externo.
- f) Escasa percepción del problema.
- g) Voracidad por el amor y el cariño.
- h) Anti dependencia o hiperdependencia del compromiso.
- i) Experimentación de un desajuste en el equilibrio emocional (sentimientos negativos como la culpa, vacío emocional y miedo extremo al abandono) (pp. 231-232).

Para tener una dimensión más amplia sobre las características de las personas que presentan dependencia emocional, cabe mencionar los resultados encontrados en un estudio realizado en Madrid, España con el objetivo de profundizar en la delimitación de la conceptualización de dependencia emocional, en dichos hallazgos, los autores destacaron que “el perfil del dependiente emocional según criterios diferenciales que exploran craving, abstinencia, búsqueda de sensaciones, control y dominio y autoengaño” (De la Villa, Sirvent, Ovejero y Cuetos, 2018, p. 160).

Complementando lo anterior, De la Villa, Sirvent, Ovejero y Cuetos (2018) postulan que el perfil de una persona dependiente emocional se compone de ocho categorías que presenta:

- 1) Desajustes afectivos/sentimientos negativos (soledad, tristeza, desanimo, culpa); vacío emocional y deseos de autodestrucción.
- 2) Dependencia pura (dependencia de forma subordinada), anhelo irresistible y necesidad compulsiva de estar con la persona.
- 3) Vacío emocional y sentimientos de insatisfacción.
- 4) Focalización en el otro y auto negligencia.
- 5) Percepción de identidad afectada.
- 6) Personas tendentes a acomodarse en las relaciones dejando que sean otros los que decidan por ellos.
- 7) Escasa o nula conciencia del problema, incapacidad para dimensionar los efectos adversos de la relación.
- 8) Presentan antecedentes familiares de historial psicopatológico y perciben carencias afectivas en la infancia.

Con el objetivo de tener más claridad sobre las características que suelen presentar las personas dependientes, Castelló (2005) propone un cuadro comparativo con tres categorías. El autor menciona que “no es preciso que se cumplan todas y cada una de las siguientes características (...) cuantas más se den, mayor probabilidad existirá de que nos encontremos frente a un caso de dependencia emocional” (Castelló, 2005, p. 56).

<b>Área de las relaciones de pareja</b>	<b>Área de las relaciones con el entorno interpersonal</b>	<b>Área de autoestima y estado anímico</b>
<i>Necesidad excesiva del otro, deseo de acceso constante hacia él.</i>	<i>Deseos de exclusividad hacia otras personas significativas.</i>	<i>Baja autoestima.</i>
<i>Deseos de exclusividad en la relación.</i>	<i>Necesidad de agradar.</i>	<i>Miedo e intolerancia a la soledad.</i>
<i>Prioridad de la pareja sobre cualquier otra cosa.</i>	<i>Déficit de habilidades sociales.</i>	<i>Estado de ánimo negativo y comorbilidades frecuentes.</i>
<i>Idealización del objeto.</i>		
<i>Relaciones basadas en la sumisión y la subordinación.</i>		
<i>Historia de relaciones de pareja desequilibradas.</i>		
<i>Miedo a la ruptura.</i>		
<i>Asunción del sistema de creencias de la pareja.</i>		

*“Características de los dependientes emocionales” (Castelló, 2005, p. 56).*

Cabe mencionar que para Castelló (2005), la primera área referente a las relaciones de pareja, es la más relevante y presente en las personas con dependencia emocional, ya que, a pesar de que las personas puedan tener etapas de soledad, estas

siempre van a tender a buscar relaciones con parejas ficticias o noviazgos por internet o a distancia de manera que refuerce su ilusión de tener a alguien.

En cuanto a la segunda área, referente a las relaciones con el entorno interpersonal Castelló (2005) menciona que a pesar de que las personas con dependencia emocional manifiestan principalmente sus signos con relaciones de pareja, estas, también pueden presentar ciertas particularidades con relación a su interrelación con personas significativas, tales como su familia, amigos, compañeros de trabajo, profesores, etc.

Por último, el autor (Castelló, 2005) refiere que en el área del autoestima y estado anímico, las personas con dependencia emocional tienden a ser personas inclinadas a tener sentimientos y emociones negativas, tales como tristeza, se suelen auto percibir como cabizbajas, con un sufrimiento continuo por no encontrar un sentido a lo que buscan. En resumen, suelen ser personas infelices y preocupadas por su entorno.

Es importante añadir que a pesar de que el autor enumera una serie de características particulares que puede presentar una persona con dependencia emocional, la realidad es que, como ya se mencionó con antelación, el hecho de que cierta persona cumpla con algunos criterios de la lista, no significa que tenga dependencia emocional, no obstante, existe una función entre tener dependencia emocional y cumplir con la mayoría de las categorías.

Al respecto Castelló (2005), enfatiza que existen tres características propias de todas las personas que presentan dependencia emocional, dichas categorías pueden, si están presentes, predecir si una persona presenta o no este trastorno: “1) baja autoestima; 2) tendencia a establecer a lo largo de la vida relaciones de pareja desequilibradas; y, 3) miedo e intolerancia a la soledad” (Castelló, 2005, p. 84).

### **3.4. Características de las personas que buscan los dependientes emocionales**

En este punto, resulta imperativo enumerar las características que tienden a buscar las personas con dependencia emocional, en otras personas. Castelló (2005)

identifica una serie de características que suelen atraer a las personas con dependencia emocional:

- 1) Personas soberbias, egocéntricas, pretensiosas de ser diferentes al resto y, por tanto, especiales.
- 2) Personas con personalidad dominante.
- 3) Personas que les gusta que las halaguen e idealicen.
- 4) Encanto emocional, excentricidades, sentido del humor e ingeniosidad.

Aunado a lo anterior, es menester remitirse a los postulados de Villa y Sirvent (2009), quienes describen el perfil de las personas que suelen ser buscadas por los dependientes emocionales. Es importante tener en consideración estas características, ya que son indicador clave en el momento de estudiar e intervenir en un caso de dependencia emocional.

Dichos autores señalan que es preciso reconocer como “objeto” a la persona de la que se depende y, por lo general, este suele tener una posición dominante en la pareja, “suelen ser personas narcisistas, con férrea autoestima, manipuladoras y explotadoras; desarrollan escasa empatía y afecto, creen que poseen privilegios y habilidades fuera de lo común y, son individuos seguros de sí mismos, lo cual ejerce un estado de fascinación sobre los dependientes afectivos” (Castelló, 2005, p. 232).

Es importante reflexionar acerca del tipo de relaciones que pueden sostener las personas con dependencia emocional, ya que, por una parte, estas personas tienden a tener una necesidad excesiva por el otro y, en contra parte, sus parejas suelen ser personas que gustan de la idealización. Lo cual puede generar un círculo vicioso en el que “que la posición dominante y ególatra del compañero se incrementa, mientras que la autoestima del dependiente emocional decrece como reacción, trayendo como consecuencia un incremento de su necesidad excesiva del otro” (Castelló, 2005, p. 20).



### 3.5. Factores precipitantes

En cuanto a los factores precipitantes, es menester hacer una indagación desde la infancia de la historia de aprendizaje de las personas con dependencia emocional, para, de esta manera tener una dimensión más amplia sobre cómo se fueron constituyendo este tipo de comportamientos y conductas desadaptativas.

Algunos autores se han remitido a indagar en la historia de aprendizaje, a partir de las interrelaciones de las personas con dependencia emocional. Tal es el caso de los estudios de Castelló y, de la Villa y Sirvent (2000; 2009, en Santamaría, et. al, 2015) en los cuales señalan que los antecedentes sociofamiliares cumplen un rol crucial, ya que se puede haber experimentado violencia psicológica y/o física en el seno familiar y en relaciones sociales.

Al respecto, Castelló (2005) menciona que existen cuatro factores que causan la creación de las dependencias emocionales. Asimismo, el autor señala que cada uno de estos factores corresponde a un plano diferente de las personas, aunque la sinergia o conjugación de estos es determinante para que una persona genere dependencia emocional:

- 1) **Carencias afectivas tempranas:** Experiencias adversas; falta de figuras paternas o personas que cuidaran de ellas; apoyo motivacional; ausencia total o notable de cariño; negligencia, agresividad; abuso sexual; y, menosprecio.
- 2) **Mantenimiento de la vinculación y focalización excesiva en fuentes externas de la autoestima:** Adhesión, sumisión idealización; percepción de que es una persona indigna de querer, auto desvalorización; deseo de atención y de agradar a los demás; interiorización de sentimientos negativos de otras personas; y, baja autoestima.
- 3) **Factores biológicos:** El género cumple un rol crucial, los hombres suelen desvincularse a nivel afectivo con mayor facilidad, mientras que las mujeres se inclinan hacia la empatía, la comprensión y al contacto social; antecedentes de ansiedad, estrés y depresión;

- 4) **Factores socioculturales:** El rol que se asigna a los géneros de acuerdo a la cultura, en la cultura occidental los hombres tienen un perfil agresivo, individualista, competitivo y con poca o nula capacidad de afecto, mientras que a las mujeres se les asigna un rol comprensivo, con mucha empatía y tendencia al cuidado, y, moderado, teniendo una mayor capacidad de afecto.

Siguiendo esta línea, cabe destacar que doce años después del trabajo de Castelló, el mismo autor en el año 2012, prepondera en su investigación a la infancia como la principal causa para generar dependencia emocional. Castelló (2012) señala cuatro grandes categorías en la infancia de las personas, las cuales pueden ser determinantes para la creación de este trastorno:

- 1) **Carencias afectivas tempranas:** Ausencia de cariño, frialdad, falta de aceptación y validación, malas atenciones, falta de reconocimiento social.
- 2) **Sobreprotección devaluadora:** A diferencia del primer punto, en este caso existe exceso de preocupación, lo cual puede generar ansiedad, falta de autoconfianza para tomar decisiones cotidianas; sensación de inutilidad; sentimiento de incompetencia; idealización excesiva hacia sus padres; sensación de ser inferior y de ser querido sólo por sus méritos.
- 3) **Hostilidad y malos tratos:** Normalización de la violencia ejercida de padres a hijos (amenazas, gritos, insultos, violencia física); sentimiento de estar en deuda con los padres, sentimiento de culpa de agresiones o insultos que reciben.
- 4) **Utilización afectiva egoísta:** Amor egoísta, por parte de uno de los padres, manteniendo al otro completamente al margen de la relación con el hijo; incapacidad para desarrollarse como individuo, y, para crear relaciones interpersonales; chantajes emocionales por parte del padre egoísta.

En total concordancia con las características enmarcadas por Castelló, Massa et. al, (2011) mencionan que los problemas de dependencia emocional surgen y tienen su origen en la infancia, cuando la persona suele ser sobreprotegida, generando así una creencia irracional de que el mundo es hostil y cruel. Lo cual, tiende a convertirse en un factor preponderante que afecta la percepción de la realidad de las personas.

Asimismo, es crucial citar a Riso (2008, en Massa, et. al, 2011) quien sostiene que “el salirse de la relación le genera miedo, malestar y apego al pasado, ésta es una respuesta de la incapacidad de renunciar a nada que le guste, demostrando una carencia de autocontrol” (Riso, 2008, en Massa, et. al, 2011, p. 181).

Desde una mirada cognitivo conductual, autores como Young (1999, en Lemos, et. al, 2012) señalan que es desde la infancia donde se establecen los primeros lazos afectivos, los cuales pueden permanecer en función de la elección de figuras congruentes con las expectativas formadas en relación con los otros, con ellos mismos y con el mundo, es decir, la perspectiva que tendrán de la vida.

Aunado a lo anterior, es importante identificar el origen de estos lazos afectivos desadaptativos, ya que, en palabras de Lemos, et. al, (2012) a partir de “las creencias centrales, distorsiones cognitivas y estrategias de afrontamiento, permiten entonces la comprensión de la dependencia emocional desde cada uno de los elementos constitutivos del modo cognitivo que este patrón representa” (Lemos, et. al, 2012, p. 397).

Algunos autores aluden al apego como una de las principales causas para que se genere dependencia emocional. Surgiéndose este fomentado en la infancia, expresando que “el apego predice la respuesta ante una separación tanto en los niños como en los adultos. Estudios con niños pequeños separados momentáneamente de sus madres muestran semejanzas con adultos enfrentados a la separación en la reacción ante el estrés consiguiente” (Baron y Byrne, 2011 en Laca y Mejía, 2017, p. 67).

Siguiendo esta línea, Momeñe et. al, (2021) se remiten a los estudios pioneros de Bowlby sobre el apego, mencionando que este se “conceptualiza como una forma de crear lazos afectivos hacia determinadas personas que tienen los seres humanos” (Momeñe et. al, 2021, p. 122).

Asimismo, los autores (Momeñe, et. al, 2021) indican que el apego puede entenderse como un mecanismo de supervivencia o subsistencia en los seres humanos, aprendido desde la infancia, primero con los padres, hermanos o familiares cercanos y, más adelante con sus pares como amigos, compañeros de clase, pareja, profesores, etc.

Sin embargo, cabe enfatizar las palabras de De Lucas y Montañés, 2006, en Momeñe, et. al, 2021) quienes sostienen “que un apego inseguro durante la infancia podría explicar las dificultades que presentan las personas dependientes a sustancias para abandonar su consumo” (De Lucas y Montañés, 2006 en Momeñe, et. al, 2021, p. 122).

Tal como lo sostiene Verdú (2013, en De la Villa, Sirvent, Ovejero y Cuetos, 2018) algunos factores importantes que pueden desencadenar el fenómeno de la dependencia emocional, son las desestabilizaciones a nivel afectivo, conductas aprendidas y normalizadas como mecanismos de sometimiento y/o sojuzgamiento, juegos de poder, etc.

En este punto, es menester considerar que tal como se ha expuesto con antelación, los sentimientos negativos fungen un papel crucial para la generación de dependencias emocionales. Así lo señala Sophia (1999, en Massa, et. al, 2011) al indicar que sentimientos como la ira, el estrés emocional, la privación emocional y, la baja autoestima, aunado a factores familiares de abandono, violencia física y psicológica son factores psicológicos importantes.

Lo cual constituye una problemática compleja, ya que las relaciones interpersonales son fundamentales para los seres humanos. Autores como Laca y Mejía (2017), preponderan las relaciones interpersonales, ya que tal como lo mencionan, el apoyo social que una persona puede percibir, está en función directa con el tipo de relaciones que esta sostiene. Asimismo, los autores complementan mencionando que “el apoyo social es una importante fuente de beneficios en la salud física y mental” (Laca y Mejía, 2017, p. 67).

Por otra parte, existen autores (Castelló, 2005, en Santamaría, et. al, 2015) que han investigado a la dependencia emocional en relación con trastornos como la depresión y la ansiedad. Basándose en la premisa de que estos trastornos están asociados con el miedo a la separación o pérdidas de relaciones, soledad y, en algunos casos a trastornos de personalidad.

### 3.6. Consecuencias

Como se ha podido dimensionar a lo largo del presente capítulo, la dependencia emocional es un trastorno psicológico que no debe ser desvalorizado, sobre todo, tomando en cuenta las características de las personas que presentan dicho trastorno, como lo son la auto desvalorización, la nula o escasa habilidad para tomar decisiones, baja autoestima, el adoptamiento de comportamientos de sumisión, etc. En contraste con el perfil de las personas a las que dependen, entre las que destacan características como egocentrismo, gusto por la idealización, personalidades dominantes, etc.

Lo cual, puede conllevar en una relación consecuencias alarmantes, como lo son la normalización de la violencia física o psicológica en la relación. Al respecto, Renata Franco y Sánchez Aragón (2005, en Massa, et. al, 2011) señalan que la dependencia emocional puede traer consigo daños físicos y emocionales, ya que las personas con este trastorno conciben al amor como poseer u ofrecerlo todo, justificando y normalizando así, las conductas disruptivas de parte de la pareja idealizada, conductas como celos irrealistas ante la ansiedad de perder a su pareja.

Tomando en cuenta el estudio de Oropeza (2011, en Del Castillo, et. al, 2015) en el cual sostiene que la dependencia emocional está estrechamente relacionada con la aparición de daños físicos y emocionales. Entre sus hallazgos encontró que, en México, la dependencia emocional está directamente relacionada con violencia psicológica, física y sexual en el noviazgo, respecto a la posición de cada género, el autor menciona que en el caso de las mujeres es el temor a la separación, mientras que en los hombres es la necesidad de afecto, lo que los ata a esas relaciones disruptivas.

De manera similar, Mansukhani (2013) menciona que la dependencia emocional está directamente ligada con problemas de violencia social, siendo los entornos intrafamiliares los principales contextos donde suele estar presente.

Siguiendo esta línea, es alarmante remitirnos a los resultados encontrados por Ortega (2008, en Massa, et. al, 2011) quien menciona que el 45-50% de los adolescentes de su estudio había sufrido y ejercido conductas desadaptativas como insultos. Asimismo, dicho autor señala que la dependencia emocional genera agresión en las

relaciones de pareja, siendo el género masculino el principal acreedor a esta. Lo cual, es un elemento a tener en cuenta si consideramos el discurso de Corral (2009, en Del Castillo, et. al, 2015) quien sugiere que la violencia en relaciones jóvenes no ha recibido demasiada demanda por parte de la literatura, en contraste con las parejas adultas. No obstante, la violencia en pareja a edades tempranas, es un indicador directo de potencial violencia doméstica.

Cabe destacar que de acuerdo con datos de la Secretaria de Seguridad Publica de México (SSP) y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2012; 2013; en Del Castillo, et. al, 2015) indican que tres de cada diez jóvenes entre los 15 y 29 años han sufrido violencia en el noviazgo. Lo cual es un dato alarmante ya que, en dichas estadísticas señalan que el 41.9% de la muestra mencionó haber tenido al menos un episodio de violencia (insultos, burlas y criticas), mientras que el 27.3% declaró haber experimentado agresiones físicas (empujones, patadas y bofetadas), el 23.8% sufrió amenazas y, el 20.7% fue obligado sin su consentimiento a mantener relaciones sexuales o realizar actos que no estaban consensuados durante las relaciones sexuales.

Siguiendo esta línea, autores como Oropeza y Castelló (2011; 2011, en Del Castillo, et. al, 2015) señalan que, como consecuencia de la dependencia emocional, las personas que experimentan dicho trastorno tienden a manifestar demandas persistentes en cualquier ámbito de su vida, las cuales suelen cubrir de manera desadaptativa por medio de creencias irracionales acerca de la amistad, la intimidad y la interdependencia.

De manera continua, se ha encontrado en diversas investigaciones (Adams y Cervantes, 2012; Olvera, Arias, y Amador, 2012, en Del Castillo, et. al, 2015) que las premisas presentes en relaciones con dependencia emocional, se relaciona directamente con variables como baja autoestima, conductas disruptivas de celos excesivos y carencia total de empatía. Asimismo, se ha encontrado una correlación directa entre la dependencia emocional y el consumo excesivo de alcohol y actos violentos (Dejonghe, Bogart, Levendosky, Von Eye, y Davidson, 2005; OMS, 2012; Pérez, 2012, en Del Castillo, et. al, 2015).

Ahora bien, existen estudios que sostienen que existe una correlación directa entre el consumo de sustancias psicoactivas y la dependencia emocional en mujeres.

Tal como lo señala Bararias et al. (2019, en Momeñe, et. al, 2021) quien menciona que la dependencia emocional podría predecir o estar relacionada directamente con el consumo de drogas.

Al respecto, Momeñe et. al, (2021) sugieren que tanto como la dependencia emocional como la adicción a sustancias psicoactivas, “reflejan grandes similitudes, tales como, baja autoestima, auto concepto negativo, sentimientos de euforia, deseo incontrolable, estado anímico triste y anhedonia” (Momeñe, et. al, 2021, p. 121). Asimismo, dichos autores indican que las mismas áreas cerebrales que están relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, se relacionan con el amor apasionado, siendo la dopamina clave.

Por último, es imprescindible hacer mención que no todas las relaciones interpersonales están llenas de personas dependientes y de personas que gustan depender. Lo anterior sería cometer un error categorial, por tal motivo, es menester siempre tener en cuenta los factores de riesgo (causas) y las características que puede adoptar una persona dependiente emocional.

Al respecto, son varios los autores que abordan esta distinción (Bornstein, 1993; Castelló, 2005; Dunkley, Blankstein, Zuroff, Lecces y Hui, 2006; en Lemos, et. al, 2012), señalando que una dependencia emocional es factor de riesgo para múltiples trastornos como la depresión, la ansiedad, el estrés, así como a violencia, etc., mientras que una necesidad normal por la pareja o por una persona con la que se interrelaciona, está asociada con la calidez y la valoración de las relaciones interpersonales. Recordemos que el ser humano es social por naturaleza.

Es importante considerar que el fenómeno de las dependencias emocionales es tan alarmante y crucial de atender como a las dependencias psicoactivas. Ambos son procesos en los que las personas pierden la racionalidad de lo que está bien o mal, normalizan cosas como la violencia psicológica y física a fin de estar con el objeto deseado (dependencia).

Al igual que pasa con las dependencias psicoactivas, las emocionales deben tener un tratamiento específico, considerando la historia personal y socio familiar de la

persona, su red de apoyo, las habilidades de resolución de problemas con las que cuenta, etc.



## Capítulo 4

### **Propuesta de intervención multimodal para el tratamiento de crisis, dependencias emocionales y dependencias psicoactivas.**

Tomando en cuenta los planteamientos expuestos en los capítulos precedentes (crisis, dependencias emocionales y psicoactivas), es menester presentar una propuesta de intervención formada por diferentes tipos de técnicas psicológicas, que, por separado se encuentran en diferentes teorías y conceptualizaciones, pero tomándolas como un conjunto pueden resultar eficaces para el tratamiento de dependencias psicoactivas y emocionales y, de crisis.

Por ello, en el presente capítulo se presentarán cuatro técnicas de intervención (Mindfulness, manejo de contingencias, TREC e intervención en crisis de primer y segundo orden), exponiendo sus definiciones, sus aplicaciones, las características del psicólogo y, su proceso de manera detallada.

#### **4.1. Intervención en crisis**

La intervención en crisis se da en una primera instancia, como una terapia breve, concreta y dirigida a la persona que está en una situación de crisis. Cabe mencionar que las intervenciones en crisis se deben de dar durante las primeras semanas que la persona está inmersa en una situación de crisis, de acuerdo con Slaikeu (1984), las principales ventajas que tiene la intervención en crisis respecto a otros tipos de terapia, se reflejan en el tiempo y duración de las sesiones, ya que en la intervención en crisis se trabaja con la persona dentro de la crisis, ofreciéndole ventajas económicas, al ser pocas sesiones, pero sobre todo, la ventaja de aumentar “las oportunidades del paciente para crecer a través de una crisis, al asistirlo y ayudarlo para que domine la situación y se traslade hacia la reorganización de una vida desorganizada” (Slaikeu, 1984, p. 104).

Enfatizando en la ventaja del periodo breve en que se da la intervención en crisis, es importante resaltar que, tal como se explicó en el capítulo 1 de la presente tesis, una situación de crisis representa en primera instancia un desequilibrio para la persona que la está vivenciando, ya que la persona se encuentra frente a una situación en la que se percibe como vulnerable y, sus habilidades y experiencias previas de afrontamiento de problemas no le resultan favorables para poder enfrentar dicha situación, no obstante, una situación de crisis representa una oportunidad de cambio.

#### **4.1.1. Definición**

Desde la perspectiva del trabajo social, Rabelo (2010), menciona que la intervención en crisis “consiste en dar un valioso apoyo que va a amortiguar los efectos negativos del padecimiento de una situación de crisis o de emergencia social; en donde la persona necesita del apoyo y del soporte para hacer frente a la nueva situación, sin que se cronifique su situación y se estanque en la inmovilidad” (Rabelo, 2010, p.132).

Siguiendo esta línea, la importancia de la intervención en crisis surge en que esta se da al tiempo en que la persona está vivenciando la situación de crisis, por ende, los resultados de esta serán más satisfactorios que una psicoterapia normal. Al respecto, Slaikeu (1984) propone que “si un paciente tiene que esperar horas, días o semanas para recibir ayuda, el factor de peligro puede aumentar la crisis, resultando en pérdida de la vida (suicidio u homicidio). Otro de los peligros es que los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento pueden arraigarse profundamente en la vida del paciente y llegan a ser en extremo difíciles de cambiar más tarde” (Slaikeu, 1984, p.104).

En este punto es crucial hacer mención de que, si una crisis no es tratada profesionalmente o, no es tratada, puede repercutir negativamente en la vida de la persona, haciendo que esta adopte comportamientos y pensamientos desadaptativos que no estaban dentro de su repertorio de conductas antes de la crisis, asimismo, ante la vulnerabilidad de la persona en crisis, está expuesta a adoptar conductas disruptivas como adquirir dependencias, ya sea emocionales, a sustancias psicoactivas, al juego, al internet, etc., como una manera de escape y evitación de la realidad.

A manera de englobar y complementar las ideas precedentes, es menester brindar una definición concreta y clara sobre la intervención en crisis, para ello, Valladares (2016), postula que la intervención en crisis “es el procedimiento para ayudar a una persona o a una familia a soportar un hecho traumático para reducir el impacto desorganizante y, mejorar su disposición para enfrentar el futuro de manera positiva” (Valladares, 2016, p. 259).

#### **4.1.2. Objetivos de la intervención en crisis**

Partiendo de la definición anterior, es necesario tener claros los objetivos de la intervención en crisis, de esta manera se podrá adoptar una posición totalmente profesional y, darle la mejor atención a las personas que están inmersas en una situación de crisis.

De acuerdo con Slaikeu (1984), el objetivo primordial en una intervención en crisis, es ayudar a la persona inmersa en una situación de crisis a que recupere el equilibrio y funcionamiento de su organismo que tenía antes de la crisis.

Asimismo, el autor enfatiza que en contraste con una psicoterapia normal, en la que los objetivos pueden ser varios y centrados a diferentes cosas, como cambio conductual, cambio en los pensamientos irracionales, aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamientos, etc., “el objetivo de la intervención en crisis es conciso y rápido, ya que al tratar y resolver la crisis de la vida con buen resultado, la persona aprende nuevas formas de enfrentamiento” (Slaikeu, 1984, p. 105).

Tal como se plantea, la intervención en crisis será crucial en los primeros instantes de la crisis en una persona, ya que, con esta, la persona podrá ser capaz de evitar una crisis prolongada y, de esta manera no ser propensa a las consecuencias que existen, no obstante, es preciso tener en cuenta que, una vez realizada la intervención en crisis, es recomendable que la persona tomé un tratamiento psicoterapéutico.

Al respecto de los objetivos de la intervención en crisis, para tener una dimensión más clara sobre las metas que se establecen en este proceso, Valladares (2016) plantea tres objetivos generales y tres objetivos específicos:

Objetivos generales:

- Restablecer el equilibrio psicológico de los usuarios y mejorar su capacidad de enfrentamiento.
- Instalar la solución más efectiva ante el suceso precipitante en términos de ventajas y desventajas.
- Crecer y aprender a partir de la crisis, mejorando la disposición para enfrentar el futuro.

Objetivos específicos:

- Proporcionar apoyo solidario.
- Reducir la mortalidad.
- Enlazar con recursos asistenciales (p. 259).

#### **4.1.3. Evaluación de una situación de crisis**

Una vez expuesto lo anterior, es menester dar a conocer la forma de evaluación de una situación de crisis, siendo este el primer paso en el proceso de intervención en crisis. Partiendo de los postulados de Slaikeu (1984), el proceso de evaluación es de suma importancia, ya que en este se diagnosticarán las capacidades de afrontamientos y las deficiencias de la persona, en otras palabras, se podrá decir que se evalúa cuáles fueron las causantes en la persona para que esta se viera inmersa en una situación de crisis y, cuáles son los recursos con los que cuenta para poder evitar las consecuencias negativas, por ejemplo la red de apoyo social con la que cuenta.

En palabras del autor, el quehacer del psicólogo especializado en intervención en crisis será “determinar qué variables ambientales la precipitaron, apoyado en el hecho de que cada una de éstas ocurre en el contexto familiar, laboral, en el vecindario y sistemas comunitarios, cuáles mantienen en la persona la desorganización y el

sufrimiento y las que se pueden movilizar para facilitar el cambio constructivo en la situación” (Slaikeu, 1984, pp. 105-106).

De este modo, es importante tomar a consideración que, en el momento de la evaluación, el especialista encargado de hacerla y de posteriormente llevar acabo los primeros auxilios psicológicos, deberá actuar acorde a su profesionalismo, sabiendo que la persona en situación en crisis puede estar desequilibrada, irracional y con conductas desadaptativas.

Al respecto, son varios los autores que abordan este tópico, mencionando que en este proceso, “se debe llevar a cabo una evaluación concienzuda que minimice la adivinación, reduzca la confusión, permita organizar la información, provea una base para diseñar planes de acción, disminuya la ansiedad del clínico y permita obtener un panorama de factores protectores y del nivel de funcionamiento global” (Dykeman, 2005; Paladino y Barrio-Minton, 2008, en Rendón y Agudelo, 2011, p. 224).

La evaluación entonces toma un rol muy preponderante durante la intervención en crisis, ya que será el parteaguas de una buena intervención de primer y segundo orden, logrando ayudar a la persona a recobrar el equilibrio y enseñándole técnicas de afrontamiento para que pueda enfrentar situaciones futuras semejantes.

En este sentido, la evaluación debe realizarse rigurosamente, en las evaluaciones se debe identificar los factores precipitantes de la crisis que mantienen la desorganización, “evaluar el riesgo para el individuo mismo o para otros (ideación y/o gestos suicidas y homicidas), determinar la aproximación más efectiva en el momento, identificar los recursos necesarios para resolver la situación, estabilizar el funcionamiento, facilitar un cambio constructivo y evaluar el rol, disponibilidad y funcionalidad de las redes de soporte” (Myer y Conte, 2006; Roberts y Ottens, 2005; y, Slaikeu, 1996, en Rendón y Agudelo, 2011, p. 224).

Cabe mencionar que Valladares (2016) postula cinco categorías de evaluación de necesidades inmediatas y mediatas que deben ser evaluadas en una situación de crisis:

- **Físicas:** Todas aquellas que tienen que ver con la salud de las personas, si existe algún tipo de lesión, alguna enfermedad, si la persona toma medicamentos, si está bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva, etc.
- **Psicológicas:** Evaluación de trastornos como depresión, ansiedad, emociones como miedo, ira, enojo que estén afectando significativamente a la persona.
- **Familiares:** Evaluación de la red de apoyo de las personas, de acuerdo con la magnitud de la situación en crisis, si la persona corre riesgo, se determinará si es necesario contactarlos o no.
- **Legales:** De acuerdo con la magnitud de la situación en crisis, se determinará si es necesario tomar medidas legales, dar aviso a las autoridades, poner denuncias, etc.
- **Refugio:** Evaluación de la situación de la persona en crisis, respecto a su hogar, se determinará si es seguro que vuelva a su hogar.

Aunado a lo anterior, en este punto es preciso describir que tal como lo expresa Slaikou (1984), una vez realizada la evaluación, el psicólogo especializado en intervención en crisis, deberá adoptar una postura en la que se centró directamente en los objetivos precedentemente expuestos, sin dejar de lado al paciente en la medida de que este último tomé un rol independiente, de autonomía. El autor expresa que únicamente en los casos en los que la persona en crisis no puede adquirir cierta independencia o autonomía, se recurrirá a los padres, los amigos, la pareja, etc.

#### **4.1.4. Características del psicólogo especializado en intervención en crisis**

Teniendo en cuenta qué es la intervención en crisis, cuáles son los objetivos y cómo es la evaluación de una crisis, es necesario considerar las características del psicólogo que llevará a cabo este proceso. Para ello, es necesario remitirse a los postulados de Slaikou (1984), quien hace una revisión teórica de otros autores (Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; McGee, 1974; Walfish, et.al, 1976; Berg,

1970; en Slikeu, 1984) que abordan este tópico. De esta manera encontramos que las principales características del especialista en crisis son:

- **Eficacia clínica:** habilidad para mostrar empatía, comprensión de problema y poder resumirlo y explicarlo al paciente, autenticidad y aceptación.
- **Eficacia técnica:** habilidad para evaluar la posible mortalidad, explorar recursos, movilización hacia medidas de acción y toma de decisiones.

Aunado a lo anterior, Rabelo (2010) prepondera como una característica primordial del especialista, las formas de comunicación, la autora menciona que teniendo en cuenta que una persona en crisis puede adoptar comportamientos maladaptativos o conductas disruptivas, es menester “mantener una actitud serena, no manifestar temor, evitar las negaciones y las confrontaciones, así como permitir a la persona expresarse (...) ya que la forma en la que nos comunicamos reviste especial importancia, ya que no solo hablan las palabras, sino los gestos, la entonación, el ritmo, vocabulario, y las posturas que adoptamos” (Rabelo, 2010, p. 130).

Siguiendo esta línea, es claro que la cohesión y adherencia entre el especialista (psicólogo, psiquiatra) y la persona en situación en crisis juega un rol crucial, por ello es necesario no adoptar una postura de juicio o admiración ante lo que las personas en crisis nos expresen. Rabelo (2010) menciona que lo que realmente quiere la persona en primera instancia es una demanda de tipo emocional, desahogarse, sentirse escuchada y aliviada. Por ello, el crear un ambiente de confianza y seguro determinará los resultados de la intervención en crisis.

#### **4.1.5. Tipos de intervención: (Intervención en crisis de primer y segundo orden)**

Antes de comenzar a esbozar sobre los dos tipos de modalidades que existen dentro de la intervención en crisis, es crucial tener en cuenta los postulados de Agar-Jacomb y Read (2009, en Rendón y Agudelo, 2011), quienes enfatizan que “durante el proceso de intervención resulta fundamental tomar en consideración las expectativas del

individuo en crisis e incorporar sus preferencias hasta donde sea posible” (Agar-Jacomb y Read, 2009, en Rendón y Agudelo, 2011, p. 230).

Asimismo, es importante tener en cuenta las características individuales de cada persona, lo cual evitará que exista una generalización errónea en el tratamiento y, se pueda brindar la mejor intervención. Al respecto, Parada (2012, en Castillo y Rosete, 2019) menciona que es imprescindible tomar en cuenta las características personales, así como tomar consideraciones especiales con personas con alguna discapacidad, personas con enfermedades crónicas y/o mentales, extranjeros, personas de la tercera edad y niños.

#### **4.1.6. Intervención de primer orden/primeros auxilios psicológicos**

Como ya se mencionó con antelación, la intervención en crisis se contrasta con las psicoterapias normales en cuanto a los objetivos, ya que los objetivos de la intervención en crisis son claros y concretos: recuperar el equilibrio de la persona. Sin embargo, existen dos tipos de intervención en crisis, la intervención de primer orden y, la intervención de segundo orden.

De acuerdo con Slaikeu (1984), la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica consta de una ayuda inmediata que por lo regular consta de una sesión breve que puede tener una duración de minutos hasta horas, en función del desequilibrio emocional que esté presente en la persona. El autor destaca que, a partir de la evaluación, en esta primera intervención el apoyo se enfoca a reducir el riesgo de mortalidad (intentos de suicidio o ideaciones suicidas), acercando a la persona a su red de apoyo social. Cabe destacar que en esta primera intervención el objetivo en sí no es resolver el problema, sino cimentar los recursos pertinentes con base en las habilidades de la persona y su red de apoyo social, para evitar consecuencias negativas.

Al respecto, Osorio (2017), menciona que la meta principal de estos primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis es que la persona salga del desequilibrio



emocional y, a su vez, pueda utilizar sus recursos para utilizarlos como mecanismo de afrontamiento.

Dicho en palabras de la autora, el objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, “lo cual incluye la conceptualización del hecho, la clarificación de los pensamientos, el manejo adecuado de las emociones y sentimientos, el control de la subjetividad, de la fantasía catastrófica, de la sensación de amenaza y comenzar así el proceso de solución del problema” (Osorio, 2017, p. 7).

De acuerdo con Rendón y Agudelo (2011), la esencia principal de la intervención en crisis de primer orden o primeros auxilios psicológicos, es reducir el nivel de estrés experimentado por la persona en crisis, asimismo, proporcionar la ayuda precisa para reducir el peligro de muerte (ideación suicida, posible homicidio), evaluar y reducir el comportamiento desadaptativo y, conectar con la persona y los recursos de ayuda que esta tiene.

Aunado a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006, en Rendón y Agudelo, 2011) expone la importancia que tienen los primeros auxilios psicológicos, mencionando que es en esta etapa de intervención cuando se reduce significativamente el riesgo de suicidios. Por lo tanto, es menester centrarse en las habilidades y afrontamientos de resolución de problemas previos.

Una vez expuesto lo anterior, es preciso dar a conocer los cinco pasos a seguir en la intervención en crisis de primer orden, dichos pasos fueron planteados por Slaikeu (1996, en Osorio, 2017; y Rendón y Agudelo, 2011) y, posteriormente retomados por autoras como Osorio y, Rendón y Agudelo (2017; 2011), exponen los siguientes puntos a seguir:

- 1. Realizar el contacto físico y psicológico:** En este primer punto, es imprescindible escuchar a la persona tomando en cuenta la cara afectiva, emocional y conductual que pueda tener. Es importante no realizar ningún tipo de juicio o reclamo al respecto, utilizando la empatía como herramienta principal. El objetivo principal es escuchar a la persona en situación en crisis para poder dimensionar en su totalidad la problemática. Asimismo, cabe destacar que el

contacto verbal no siempre es eficaz, por lo que el contacto físico puede resultar útil para que la persona en crisis pueda percibir este primer contacto como un vínculo en el que existe confianza y seguridad. Sin embargo, esto está en función de las características de la persona y de las razones por las cuales se desencadenó la situación de crisis, ya que, en algunos casos, el contacto físico puede ser contraproducente, sobre todo en personas que han sufrido algún tipo de violencia física, maltrato, violación, etc. al respecto Crow (1977, en Osorio, 2017) señala que en muchos casos las personas están bajo sentimientos y emociones negativas como ansiedad, ira, depresión, angustia, pánico y negación.

- 2. Examinar las dimensiones del problema:** En este segundo paso, se hace una evaluación para dimensionar los parámetros del problema. Esta indagación se realiza con base en lo expuesto en el apartado anterior “Evaluación de una situación en crisis”. No obstante, Osorio (2017) propone evaluar en este punto tres dimensiones: 1) Pasado inmediato: todos aquellos acontecimientos y contingencias que originaron la situación de crisis, específicamente el suceso que precipitó la crisis; 2) Presente: en este punto se investigará y realizará preguntas a la persona en función de la situación actual, con el objetivo de saber si existen más personas implicadas, qué fue lo que sucedió exactamente, cuándo, dónde, etc., de esta manera, se podrá realizar a futuro una intervención congruente con el problema de la persona; y, 3) Futuro: se realiza una indagación acerca de las habilidades y maneras de afrontamiento de la persona, se realiza una evaluación de la potencial mortalidad y, se indaga en cómo esta situación afectará a la persona y a su red de apoyo (familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo o escuela).
- 3. Analizar las posibles soluciones:** En este tercer paso, es menester identificar las posibles soluciones tanto para las necesidades inmediatas (llevar a la persona a un hospital, tomar asesoría jurídica o tomar acciones legales). El objetivo es que mediante una indagación de lo que se ha hecho al respecto a partir de la crisis, la persona en situación en crisis pueda generar y adoptar alternativas de solución propuestas por él y, ayudado por el especialista. Se hace un diagnóstico de toma de decisiones, tomando en cuenta las ventajas y desventajas, priorizando las

soluciones alternativas que servirán de manera inmediata y, postergando para la intervención e segundo orden las que son de carácter mediato.

- 4. Asistir en la ejecución de una acción concreta:** Una vez realizado el proceso de toma de decisiones para elegir la o las alternativas de solución más factibles y necesarias, en este punto se debe ayudar a la persona en situación en crisis a poner en acción una de estas alternativas, con el objetivo de que pueda comenzar a afrontar la crisis y manejar sus emociones y sentimientos. En este punto se puede tomar como especialista dos roles: una actitud de facilitador y guía, apoyando en todo momento a la persona a ejecutar el plan elegido y, un rol directivo donde el especialista tomará un papel más activo. Cabe mencionar que este último rol, se debe hacer cuando la persona no puede actuar por sí misma.
- 5. Darle seguimiento:** Este último paso consta de recopilar toda la información adquirida en los primeros cuatro pasos, de esta manera se podrá planificar un procedimiento en función de las características de la persona. En este proceso de seguimiento se analizarán los avances suscitados desde este primer acercamiento y, dará paso si es que la persona en crisis lo requiere, a una intervención en crisis de segundo orden o terapia de crisis.

Es imperativo señalar, que la intervención en crisis de primer orden o primeros auxilios psicológicos, tiene una duración promedio de dos a tres sesiones que constan de una a dos horas, mientras que la intervención de segundo orden puede durar hasta dos meses con sesiones de una a dos horas.

#### **4.1.7. Intervención en segundo orden/terapia en crisis**

Por otro lado, el punto crucial de la intervención en crisis de segundo orden, se expone cuando una vez que se dan los primeros auxilios psicológicos y, que se apoya a la persona, se evita riesgo de mortalidad y, se contribuye su restablecimiento inmediato, se puede detectar que la persona que sufrió la situación de crisis, presenta secuelas.

De acuerdo con Osorio (2017) estas secuelas pueden presentarse como “estrés post-traumático, trastorno de estrés post-traumático, ataques de pánico, manías o fobias,

pensamiento catastrófico u obsesivo, se recomienda canalizarlo a una intervención de segunda instancia” (Osorio, 2017, p. 10).

Siguiendo esta línea, de acuerdo con Slaikeu (1984), la intervención en crisis en segundo orden consta de un proceso terapéutico breve que toma como referencia la primera intervención (intervención de primer orden), en dicho proceso, el objetivo principal es el enfrentamiento inmediato de la crisis y, de esta manera poder dar la mejor resolución a la crisis, dándole las herramientas necesarias a la persona para poder integrar esta experiencia de crisis a su vida y, poder enfrentar situaciones futuras semejantes con mayor éxito.

A su vez, Fernández (2010), hace referencia a que esta segunda intervención o terapia en crisis es un proceso psicoterapéutico breve, que, dejando a un lado el restablecimiento del equilibrio inmediato, se centra exclusivamente en “la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro” (Fernández, 2010, p. 17).

Aunado a lo anterior, algunos autores (Bryan, 2007; Dykeman, 2005; Roberts y Everly, 2006; Slaikeu, 1996, en Rendón y Agudelo, 2011) enfatizan en el proceso de esta intervención de segundo orden, mencionando que es en esta intervención donde se centran en desarrollar las habilidades de solución de problemas previos y, ayudar a la persona a adquirir nuevas habilidades, todo con base en un modelo colaborativo en el que la cohesión y la adherencia al tratamiento juegan un papel preponderante.

Asimismo, enfatizan en que más allá de la restauración del afrontamiento inmediato (proceso realizado en la intervención de primera orden), en esta intervención de segundo orden el objetivo estará centrado en la resolución de la crisis, de modo que la persona pueda con sus propios medios enfrentar situaciones problemáticas semejantes. Con lo anterior, se previenen estilos de vida con comportamientos desadaptativos y, consecuencias negativas.

Desde la perspectiva de Osorio (2017), en esta segunda etapa está enfocada exclusivamente en la resolución de la crisis, se le insta a la persona a que exprese sus

emociones y sentimientos originados a través de la crisis y, de esta manera lograr que los aprenda a controlar, actuando asertivamente a nivel emocional, conductual y cognitivo.

En consecuencia, esta intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis estará enfocada a restaurar el equilibrio psicológico y físico de las personas, asimismo, dar a conocer a las personas que ellas no son culpables de la crisis suscitada ya sea natural o circunstancial.

Al respecto, Slaikeu (1984), menciona que esta intervención en segundo orden “es mejor comprendida como empresa a corto plazo (algunas semanas o meses). Idealmente, se acompañará de un periodo de seis semanas más durante el que se restaura el equilibrio después de la crisis” (Slaikeu, 1984, p. 110).

Aunado a lo anterior, cabe mencionar que Slaikeu (1984) hace mención de algunas características que distinguen ambas intervenciones. En esta misma línea, el autor propone que la intervención en segundo orden, aparte de requerir más tiempo que la intervención en primer orden, requiere de especialistas ya sean psicólogos o psiquiatras que puedan abordar la problemática a nivel conductual, cognitivo y fisiológico.

De la misma manera, el autor señala que la intervención en crisis de primer orden se puede dar en cualquier lugar “teléfono, estación de autobuses, hogar, en la calle, oficina, la terapia en crisis tiene los mismos requerimientos de espacio físico como cualquier otra forma de asesoría o psicoterapia (cuarto privado en el que el asesor y paciente o familia pueden hablar/trabajar una hora o más por sesión)” (Slaikeu, 1984, p. 110).

A manera de complementar y ejemplificar las diferencias entre la intervención en crisis de primer orden y la intervención en crisis en segundo orden o terapia de crisis, Slaikeu (1984), propone una tabla en la que presenta las principales características de cada una de las modalidades:

<b>Características:</b>	<b>Intervención de primer orden: Primera ayuda psicológica</b>	<b>Intervención de segundo orden: Terapia en crisis</b>
<b>¿Cuánto tiempo?</b>	<i>Minutos a horas</i>	<i>Semanas a meses</i>
<b>¿Por quiénes?</b>	<i>Asistentes en línea del frente (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, maestros, supervisores, etc.)</i>	<i>Psicoterapeutas y asesores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores pastorales y escolares, enfermeras psiquiátricas, etc.)</i>
<b>¿Dónde?</b>	<i>Ambientes comunitarios: casa, escuela, trabajo, líneas de urgencia, etc.</i>	<i>Terapia, ambientes de asesoría clínica. Controlados y privados</i>
<b>¿Objetivos?</b>	<i>Restablecimiento inmediato del enfrentamiento; dar apoyo; reducir la mortalidad y, vincular a los recursos de ayuda.</i>	<i>Resolución de la crisis; enfrentar el suceso de crisis; integrar el suceso a la estructura de la vida; establecer herramientas para enfrentar futuras situaciones semejantes.</i>
<b>¿Procedimiento?</b>	<i>Realizar un contacto psicológico, analizar las dimensiones del problema, sondear posibles soluciones, asistir en la ejecución de pasos concretos y, seguimiento para verificar el progreso.</i>	<i>Terapia multimodal de la crisis: conductual, afectiva, somática, interpersonal, cognoscitiva.</i>

*(Slaikeu, 1984, p. 109).*

Una vez expuesto qué es la intervención en crisis de primer orden y de segundo orden, así como sus características y procedimientos, es menester señalar que constituye una herramienta eficaz para tratar a personas que presentan situaciones de crisis.

A pesar de que las postulaciones de Slaikeu fueron realizadas en el año de 1884, a 38 años de sus postulaciones y trabajo en el manual de intervención en crisis, sigue siendo una técnica efectiva para tratar a personas con crisis, siempre y cuando se realice una intervención tanto de primer orden (primeros auxilios psicológicos), como de segundo orden (terapia en crisis), llevando a cabo todos los lineamientos que se presentan con antelación en este apartado.

Por otra parte, una de las técnicas que ha demostrado mayor eficacia en el control y erradicación de conductas adictivas, disruptivas y maladaptativas es la técnica conductual de economía de fichas, proveniente del manejo de contingencias. Dicha técnica tiene su origen en la psicología conductista y pertenece a las terapias de primera generación.

## **4.2. Manejo de contingencias para la erradicación de conductas adictivas**

Para hablar de manejo de contingencias, es necesario remitirse a los fundamentos de la teoría propuesta por Burrhus Frederic Skinner, mejor conocido como B. F. Skinner, pionero y fundador de la tradición del conductismo en la psicología. De acuerdo con Kantor y Smith (2015), el conductismo es el intento de la psicología por ser una ciencia con un objeto de estudio observable, dejando atrás las concepciones mentalistas de la psicología. Partiendo de los principios del condicionamiento clásico, Skinner postuló el condicionamiento operante para explicar la conducta de los organismos, y cómo estos cambian su conducta en función de estímulos provenientes del ambiente.

### **4.2.1. Definición**

Una vez expuesto los principios básicos donde surge el manejo de contingencias, es menester dar una explicación de qué se refiere. En el manejo de contingencias se utilizan técnicas como: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, castigo, costo de respuesta, tiempo fuera, extinción, modelamiento por aproximaciones sucesivas y economía de fichas la cual consta en entregar fichas, contingentemente al realizar o no

realizar ciertas conductas. Dicho en otras palabras, el manejo de contingencias es el conjunto de técnicas de condicionamiento operante, enfocadas a modelar o extinguir una conducta.

En palabras de Caballo (1991, en Valadez, 1998) “el manejo de contingencias es un término que describe cualquier técnica operante que intenta modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias” (Caballo, 1991, en Valadez, 1998, p. 2).

Asimismo, Rimm y Masters (1984, en Valadez, 1998) mencionan que el manejo de contingencias busca modificar las conductas de los organismos, mediante la presentación y retiro contingentes de recompensas y castigos (reforzadores de la conducta).

Otra de las definiciones más concretas acerca del manejo de contingencias es la que nos brindan Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo (2007), dichos autores proponen que el manejo de contingencias “implica la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma (...) este tipo de programas establecen ciertas condiciones bajo las cuales, el paciente pierde reforzadores potenciales si consume una o varias sustancias” (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007, p. 32).

De acuerdo con Rodríguez (2016) el manejo de contingencias es el nombre que se le da al empleo de un paquete de técnicas operantes, “se emplea para modificar el comportamiento de otras personas, ya sea para que adquieran una conducta, emitan una conducta deseable con mayor frecuencia o, eliminen o reduzcan la frecuencia de un comportamiento indeseable” (Rodríguez, 2016, pp. 59 y 62).

Aunado a lo anterior, autores como Petry (2000, en Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007) mencionan que los programas de manejo de contingencias emplean una gran variedad de reforzadores, en ambientes experimentales controlados se puede encontrar como reforzadores: privilegios clínicos, acceso a empleos o alojamiento, dinero o vales canjeables (economía de fichas), etc.



Siguiendo esta línea, dentro del manejo de contingencias existe una variante llamada economía de fichas, la cual consiste en brindar o retirar una ficha de acuerdo a la presentación de ciertas conductas, ya sea deseadas o no deseadas. Estas fichas las podrá cambiar el paciente bajo este procedimiento, por algún reforzador como dinero, comida, beneficios sociales, etc.

Al respecto, Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo (2007), sugieren que las intervenciones con manejo de contingencias, han tenido más éxito en aquellas en las que se utiliza la economía de fichas técnica principal de reforzamiento, principalmente en aquellas que son canjeadas contingentemente por reforzadores que contrarrestan la ausencia del consumo de sustancias psicoactivas. Asimismo, los autores sostienen que este tipo de programas son de gran utilidad para incrementar la adherencia al tratamiento.

Al respecto, Terradillos y Pérez (2009) mencionan que la economía de fichas “es un procedimiento de contingencias, dirigido a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, para así, controlar la conducta de una persona o un grupo” (Terradillos y Pérez, 2009, p. 201).

#### **4.2.2. Aplicaciones**

A manera de ejemplificar y dar a conocer los alcances del manejo de contingencias como técnica conductual para la modificación de conductas, se describirá los estudios de Ayllon (1987, en Valadez, 1998) en los cuales el autor demostró que las técnicas de manejo de contingencias son altamente efectivas para modificar comportamientos desadaptativos. El autor comprobó que ciertos comportamientos como alteraciones en los hábitos alimenticios y conductas disruptivas en el momento de socializar, eran socialmente reforzadas. En este sentido, el autor reportó que el comportamiento deseado era reforzado socialmente con muestras de atención, conversaciones (reconocimiento social), comida o cigarrillos, mientras que el comportamiento no deseado no era reforzado.

De la misma manera, desde la década de los sesentas se han realizado diversas investigaciones experimentales bajo este enfoque (Hunt y Azrin, 1973; Miller, 1975, en Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007), en las cuales se demostró la alta eficacia que tienen los programas de manejo de contingencias, principalmente para el tratamiento de personas con dependencias altas a sustancias como el alcohol, concluyendo que las intervenciones fundamentadas en la modificación del comportamiento mediante el manejo de reforzadores contingenciales, modifican significativamente los comportamientos con dependencia.

Otra de los programas que surgen a partir del manejo de contingencias es La Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA) por sus siglas en inglés, al respecto Hunt y Azrin (1973, en Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007), mencionan que el CRA es un programa que tiene como objetivo reducir conductas dependientes e incrementar el comportamiento funcional. De acuerdo con estos autores, este programa busca el cambio comportamental, manipulando contingencias naturales, como el contexto, la red de apoyo, actividades, etc.

Cabe mencionar que dicho programa (CRA), de acuerdo con Budney y Higgins (1998, en Sánchez-Hervas, Zacarés, Secades-Villa, García-Rodríguez, García-Fernández y Santonja, 2010), es un programa con enfoque psicológico que puede ser aplicado en ambientes ambulatorios, su duración promedio es de veinticuatro semanas. Este programa consta de cinco componentes: 1) Habilidades para el rechazo de consumo de drogas; 2) Cambios en el estilo de vida (mejora de relaciones sociales, reducción de actividades de ocio incompatibles para la reducción de la dependencia y asesoramiento vocacional); 3) Terapia conductual de pareja; y 5) Tratamiento del abuso de las drogas.

Al respecto, Secades-Villa, García-Rodríguez, Álvarez-Rodríguez, Río-Rodríguez, Fernández-Hermida y Caballo (2007, en Terradillos y Pérez, 2009), hacen énfasis en que a pesar de que en un inicio este programa fue creado para reducir eficazmente la dependencia al alcohol, ha dado resultados eficaces para el tratamiento de las drogodependencias tales como la nicotina, el Cannabis, y los opiáceos.

En un estudio realizado por Terradillos y Pérez (2009) utilizaron el Programa de Reforzamiento Comunitario para disminuir la conducta de una persona de 49 años diagnosticado con retraso mental ligero, con el objetivo de reducir y eliminar la conducta dependiente al alcohol, la cual generaba alteración en su conducta. Dicho estudio se dividió en cuatro fases (fase de muestreo, fase de establecimiento y ejecución del programa y, fase de desvanecimiento del programa). En los resultados, los autores indican que el programa de manejo de contingencias ha sido eficaz en el caso de un paciente con retraso mental, déficits neurológicos y dependencia alcohólica.

Aunado a lo anterior, cabe mencionar que de acuerdo con Roozen, De Waart y Van der Kroft (2010, en Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas, 2013), los programas fundamentados en el refuerzo comunitario CRA, que involucran el manejo de contingencias y el apoyo social de personas significativas, han demostrado considerablemente el aumento del compromiso y la adherencia de las personas dependientes, en contraste con programas como los utilizados por alcohólicos y narcóticos anónimos.

En este mismo sentido, es menester destacar los resultados de una intervención realizada por Sánchez-Hervas, et. al, (2010), el objetivo de dicha investigación fue comprobar la eficacia del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) con un componente de manejo de contingencias más incentivos. La muestra de este estudio fue de 86 personas que fueron diagnosticadas con dependencia a la cocaína mediante el DSM-IV-TR. Las personas que participaron en dicha intervención fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de tratamiento: CRA (n=38), CRA más incentivos (n=18), y tratamiento estándar (n=30). Cabe mencionar que en el grupo CRA más incentivos, los resultados negativos de los análisis de orina se intercambian por vales canjeables por determinados reforzadores naturales como actividades, comida, tiempo de ocio. En los resultados, los autores mencionan que el grupo CRA sin incentivos obtuvo mejores resultados que el tratamiento estándar, sin embargo, el CRA más incentivos obtuvo mayores niveles de eficacia para la adherencia 66.7%, la abstinencia continuada 44.4% y, los análisis negativos 83.55%. por lo tanto, los autores concluyen que el programa

CRA más incentivos es una intervención sumamente viable para tratar las dependencias, en entornos comunitarios.

De manera similar, Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas (2013), tras una amplia revisión bibliográfica de estudios enfocados a reducir las dependencias psicoactivas, indican que, en sustancias como alcohol, cocaína, heroína y cannabis, las intervenciones multidisciplinarias, con enfoque cognitivo conductual y el involucramiento de personas significativas, son altamente más eficaces respecto a otras intervenciones con diferentes enfoques de abordaje. Asimismo, los autores destacan que las intervenciones de manejo de contingencias con apoyo social CRA más incentivos, han demostrado tener mejores resultados en cuanto a categorías como manejo y duración de abstinencia y prevención de recaídas.

Otro de los estudios que es crucial destacar, fue el realizado por López-Núñez, Martínez-Loredo, Weidberg, Pericot-Valverde y Secades-Villa (2016), en el cual, el objetivo principal fue la eliminación de la conducta de fumar en una muestra de 154 personas que buscaron tratamiento en un entorno comunitario. Los participantes fueron divididos de manera aleatoria en tres grupos: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Cognitivo Conductual más manejo de contingencias para abstinencia y, Terapia Cognitivo Conductual más manejo de contingencias con modelamiento. En los resultados, los autores destacan que en los dos grupos donde estaba involucrado el manejo de contingencias tuvieron mayores tasas de éxito en contraste con el grupo que sólo tuvo Terapia Cognitivo Conductual, especialmente en la categoría de abstinencia a largo plazo.

Lo cual es congruente con las conclusiones de Prendergast, Podus, Finney, Greenwell, y Roll (2006, en Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas, 2013), quienes sostiene que “en relación al impacto positivo del manejo de contingencias en los indicadores de abstinencia del uso de sustancias, relevando la importancia del ambiente y el contexto en este tipo de problemas de salud” (Prendergast, Podus, Finney, Greenwell, y Roll, 2006 en Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas, 2013, p. 260).

Con base en lo expuesto, se puede concluir que los tratamientos enfocados para reducir conductas de adicción y dependencia a sustancias psicoactivas, con un enfoque

conductual y cognitivo conductual mediante programas de manejo de contingencias y apoyo social como reforzador, son altamente eficaces para eliminar estas conductas, además de dar una garantía significativa en controlar la abstinencia, obteniendo con ello, resultados más favorables y evitando las recaídas en estas conductas de dependencias.

Por otra parte, una de las técnicas más usadas en psicoterapia y con las tasas más altas de eficacia para modificar los pensamientos no adecuados o irracionales, es la propuesta por Albert Ellis, quien nombró a esta técnica Terapia Racional Emotiva Conductual o por sus siglas (TREC). Esta técnica pertenece a las terapias de segunda generación y su origen es de la psicología cognitivo conductual.

### **4.3. Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)**

Antes de comenzar a esbozar qué es la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), es necesario hablar de cómo surge esta. Su autor y pionero Albert Ellis, comenzó a interesarse por tópicos relacionados con problemas sexuales, amorosos, de familia y de pareja, así como la motivación personal de superar sus problemas de habilidades sociales, específicamente presentaba timidez al hablar en público y, por otra parte, su deseo de llevar su línea de investigación hacia lo emocional y lo cognitivo, dejando por lado el auge que tenía la teoría del psicoanálisis propuesta por Sigmund Freud.

De acuerdo con Ellis y Bernard (1990), desde sus primeras investigaciones y líneas de estudio, Albert Ellis se enfocó totalmente en los elementos que cimentarían su teoría, en palabras de los autores: “siempre tuvo muy marcados los componentes conductuales y evocativo-emotivos, y desde el comienzo favoreció la asignación de tareas, la desensibilización *in vivo* y, el entrenamiento en habilidades” (Ellis y Bernard, 1990, p. 20).

De esta manera, y tomando en cuenta su formación como psicólogo clínico y doctor en filosofía, la TREC surge a partir de los postulados de filosofía de “Epicteto, Marco Aurelio, Baruch Spinoza, John Dewey, Bertrand Russell, A. J. Ayer, Hans

Reichenbach y Karl Popper (así como de las primeras investigaciones pioneras en el ámbito de la cognoscitivo) Adler, Cové, Dubois, Frankl, Hezberg, Horney, Johnson, Kelly, Low y Rotter” (Ellis y Bernard, 1990, p. 20).

#### **4.3.1. Definición**

Antes de dar una mirada a esta terapia, es necesario tener presente el significado de racionalidad, ya que esta es una palabra utilizada tanto en el nombre como en el proceso de dicha terapia, al respecto, Ellis y Bernard (1990) mencionan que la racionalidad “es el sentimiento apropiado y la conducta funcional en términos de aquellas metas básicas (actuar y pensar de forma eficaz)” (Ellis y Bernard, 1990, p.23).

Al respecto, Soria y Olvera (2016) indican que esta terapia “parte de la premisa de que el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de forma significativa” (Soria y Olvera, 2016, p. 174).

De esta manera, las emociones y conductas, son producto de las creencias y la interpretación que se hace de la realidad a partir de ellas.

En consonancia con lo anterior, Ellis y Bernard (1990) mencionan que los pensamientos racionales, ya sea ideas o creencias, están caracterizados ser todos aquellos pensamientos que permitan a las personas vivir el mayor tiempo en un estado de felicidad.

En cuanto a los sentimientos convenientes, los autores mencionan que son “aquellas emociones que ocurren cuando las preferencias y deseos humanos se bloquean y se frustran, y esto ayuda a las personas a minimizar o eliminarlos” (Ellis y Bernard, 1990, p. 23).

En este punto, es preciso mencionar que Ellis y Bernard mencionan que los sentimientos inconvenientes son definidos como “aquellas emociones tales como los sentimientos de depresión, ansiedad, desesperación, insuficiencia e inutilidad, que tienden a hacer a las circunstancias y a las frustraciones molestas, peores, más que ayudar a vencerlas” (Ellis y Bernard, 1990, p. 23).

Existen dos grandes categorías de los sentimientos convenientes, por una parte, los sentimientos convenientes positivos: el amor, la felicidad, la curiosidad, el placer, etc., mientras que los sentimientos convenientes negativos: incomodidad, dolor, pesar, tristeza, frustración, etc. Es importante mencionar, tal como lo señalan Ellis y Bernard (1990), que la TREC no concibe a los pensamientos, las emociones y las conductas como elementos independientes, sino como elementos mezclados que en su conjunción expresan la conducta de las personas.

Por su parte, Soria y Olvera (2016) indican que tener un pensamiento irracional no significa que las personas no tengan la capacidad para poder razonar, sino que razonan de manera inadecuada llegando a conclusiones erróneas, ya que sus creencias son ilógicas o sin fundamentos.

Partiendo de los antecedentes que dieron inicio a la (TREC), en menester brindar una definición de esta, al respecto Ellis y Bernard, mencionan que “no pretende ser completamente objetiva y gratuita, Por el contrario, es un sistema de psicoterapia destinado a ayudar a la gente a vivir más tiempo minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes” (Ellis y Bernard (1990, p. 22).

En palabras de Thomas (2000, en Soria y Olvera, 2016), la TREC “se dirige a modificar la forma de pensar de los pacientes, la forma en que interpretan su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que tienen sobre sí mismos, sobre otras personas y el mundo en general” (Thomas, 2000, en Soria y Olvera, 2016, p. 174).

#### **4.3.2. Objetivos de la TREC**

De acuerdo con Ellis y Bernard (1990), las principales metas de la TREC son ayudar a las personas a que tengan un pensamiento más racional que se caracterice por ser científico, claro y flexible, además de sentir y actuar de forma más eficaz.

Aunado a lo anterior, Soria y Olvera (2016) señalan que el objetivo de la TREC enfatiza en la misma proporción los procesos emocionales, cognitivos y conductuales, asimismo, las autoras mencionan que el objetivo de esta terapia es “ayudar a los pacientes a reconocer y describir sus sentimientos inapropiados, sus conductas auto

castigadoras y, a identificar los acontecimientos activadores de dichos comportamientos” (Soria y Olvera, 2016, pp. 177-178).

Siguiendo esta línea, Ellis y Bernard (1990) postulan que, como objetivos de la TREC en las personas, se encuentran 13 categorías o subobjetivos que caracterizan a las personas con un pensamiento científico racional:

- **Interés en sí mismos:** Refiere a que las personas deben de preponderar sus emociones y sentimientos, sus intereses, por encima de los demás.
- **Interés social:** Indica que para vivir en un mundo confortable y feliz, es necesario ser racional al momento de convivir con otros, disfrutar plenamente en un grupo social.
- **Dirección propia:** Se refiere que las personas racionales, tienen la facultad de aceptar las equivocaciones de sí mismos y de los demás. No reprobar ni juzgar su conducta ni la de otros arbitrariamente.
- **Flexibilidad:** Menciona que las personas racionales no son radicales en cuanto a sus pensamientos y su forma de pensar, son flexibles y abiertos al cambio.
- **Aceptación de la incertidumbre:** Refiere que las personas racionales aceptan que no existen las certezas, que vivimos en un mundo de probabilidad.
- **Compromiso:** Refiere a la capacidad de las personas racionales de poder involucrarse en procesos creativos fuera de sí mismos, tomando en cuenta que dicho involucramiento será fructífero para su vida.
- **Pensamiento científico:** Menciona que las personas racionales suelen ser objetivas, capaces de sentir, evaluar y actuar en consonancia con la auto regulación de sus emociones.
- **Auto-aceptación:** Refiere que las personas racionales viven felices por ser quienes son, sin etiquetarse ni compararse con las ordenes sociales. Disfrutan de sí mismos, por lo que son y no por sus logros o por lo que tienen.
- **Arriesgarse:** Menciona que las personas racionales toman el riesgo de hacer cosas que les agraden, sabiendo que existen posibilidades significativas de que puedan fallar.



- **Hedonismo a largo plazo:** Esta categoría refiere que las personas racionales no cambian una plenitud presente por un potencial malestar futuro, asimismo, suelen pensar de la misma manera de los momentos gratificantes presentes que de los futuros.
- **No utópico:** Menciona que las personas tienen la capacidad para ser conscientes de que no pueden conseguir todo lo que quieran. Aceptan que en la vida existe la felicidad y el disfrute, pero también la hostilidad.
- **Alta tolerancia a la frustración:** Las personas están de acuerdo que no pueden cambiar todas las condiciones de la realidad, aceptando y adaptándose de una manera racional a las condiciones adversas que no pueden ser modificadas por ellos.
- **Auto responsabilidad en la perturbación:** Estas personas aceptan que sus trastornos son consecuencia de ellos mismos y, no culpan excesivamente a los factores externos o a las personas externas.

#### 4.3.3. El modelo ABC de la TREC

De acuerdo con Ellis y Bernard (1990), la A refiere a los acontecimientos activadores que fungen como preámbulo, B, refiere a las creencias y pensamientos que interactúan con el acontecimiento A y, C, refiere a las consecuencias derivadas de la interacción de A y B, estas serán emocionales, cognitivas y conductuales.

A manera de ampliar más esta visión del ABC, Soria y Olvera (2016) mencionan que:

- **A-acontecimiento activador:** Es un suceso real y externo a la persona. En este punto se pueden emplear preguntas como: ¿Qué sucedió?, ¿Cómo lo percibió? Y, ¿Cómo evaluó lo sucedido?, siendo esta última pregunta la que dará respuesta de las creencias que tiene la persona sobre dicho suceso.

- **B-creencias:** Siguiendo el modelo, B constituye todos los pensamientos y creencias que se generaron como respuesta tras el acontecimiento A. Para identificar las creencias irracionales se debe identificar en el discurso de la persona frases como: “debería” o “tendría que”.
- **C-consecuencias:** Refiere a las consecuencias (respuestas) emocionales y conductuales de la persona, como resultado de las interpretaciones y percepciones del acontecimiento A. Es recomendable identificar las emociones de la persona que son dañinas e irracionales, ya que estas pueden desencadenar trastornos como depresión, ansiedad, estrés y, conductas desadaptativas.

#### **4.3.4. Terapia Racional Emotiva Conductual y sus aplicaciones en el amor**

De acuerdo con Ellis (1990), el amor romántico o desenfrenado ha existido desde el inicio de los tiempos, se puede mencionar que es inherente a la humanidad social. Al respecto, este autor indica que “los amores románticos se reconocen porque encierran varios factores significativos, especialmente la idealización, un alto grado de exclusividad, sentimientos intensos de apego, generalmente con fuerte componente sexual, fuerte deseo por estar con el amado, etc.” (Ellis, 1990, p. 182).

Siguiendo con esta línea, basándose en investigaciones previas (Ellis, 1954; Bach y Wyden, 1969; Ellis, 1961; Katz, 1976, en Ellis, 1990), Ellis plantea que el amor romántico está rodeado por una cantidad innumerable de mitos y creencias irracionales, por tanto, las personas actúan de esta manera, siguiendo esos principios:

- Sólo puedes amar apasionadamente a una persona.
- El amor dura toda la vida.
- Los sentimientos profundos aseguran un matrimonio estable y compatible.
- El sexo sin amor romántico no es moral ni satisfactorio.
- El amor romántico sirve para desarrollarse en las relaciones satisfactoriamente.
- El amor romántico es superior a otros tipos de amor no tan intensos.

- Si pierdes a la persona que amas románticamente, deberás sentirte deprimido y, no podrás experimentar de nuevo este sentimiento.
- Es necesario percibir amor constante, sino no estás siendo amado.

En consonancia con lo anterior, Ellis (1990), afirma que cuando las personas tienen dentro de su repertorio de creencias, alguna de estas características irracionales, las personas actuarán de forma irracional con ellas mismas y con su pareja, teniendo así conductas desadaptativas.

Planteado lo anterior, Ellis (1990), postula que existen dos maneras mediante la TREC, para debatir con personas que presentan creencias irracionales acerca del amor romántico. En este sentido, con base en lo expuesto en el capítulo tres de la presente tesis, se nombrará dependencia emocional: 1) en la primera forma de debate, se le tiene que mostrar a la persona que sus creencias no son empíricas, ofreciéndoles evidencia con fundamentos sólidos; en la segunda forma, 2) se debate los “deberías” y los “tendría que” en relación a estas creencias sobre el amor o dependencia emocional.

Es menester destacar que tal como se expresa con antelación, la TREC aborda desde su perspectiva los problemas del amor, sin embargo, tal como lo señala Ellis (1990), a pesar de que estas técnicas son importantes y eficaces para ayudar a comprender a la gente las ideas y creencias irracionales acerca del amor, la TREC “no tiene todas las respuestas al amor o a cualquier otra cosa, pero está haciendo contribuciones significativas a este campo fascinante de esfuerzo y cariño humano” (Ellis, 1990, p.197).

Finalmente, una de las técnicas que ha adquirido mayor relevancia en las últimas dos décadas, proveniente de las terapias de tercera generación, es el Mindfulness, la cual es una técnica que proviene de la meditación oriental, teniendo consigo un alto porcentaje de éxito en psicoterapia.

#### 4.4. Mindfulness

En los últimos años, el término Mindfulness ha adoptado y abarcado un gran terreno dentro de las investigaciones y estudios en la psicología, especialmente en aquellas que tienen un enfoque cognitivo conductual. Tal como lo menciona Germer (2015), durante la historia de la psicología clínica es común encontrarse con problemas como estrés, ansiedad, depresión, problemas de conductas desadaptativas y disruptivas, conflictos interpersonales, confusión, desesperación, crisis emocionales, etc.

Tomando en cuenta que desde la psicología cognitivo conductual se postula que la base de nuestros comportamientos y la manera en que nos relacionamos con nuestro entorno son las creencias y pensamientos que previamente adquirimos mediante experiencias y, que determinarán la manera en la que nos relacionamos con nuestro ambiente sea adaptativa o desadaptativa.

En este sentido, el autor plantea que la técnica de Mindfulness “es una manera engañosamente sencilla de relacionarnos con la experiencia (...), se viene empleando desde hace tiempo para aliviar los retortijones que producen las dificultades de la vida, especialmente las autoimpuestas” (Germer, 2015, p. 29).

Aunado a lo anterior, es importante considerar lo expresado por Simon (2006, en Vásquez-Dextre, 2016), quien expresa que “desde hace ya dos mil quinientos años o más, miles de personas vienen practicando diversas técnicas meditativas, transmitidas por religiones y tradiciones espirituales” (Simon, 2006, en Vásquez-Dextre, 2016, p.43).

Sin embargo, en los últimos años las prácticas de meditación como Mindfulness han cobrado una mayor relevancia tanto a nivel social, como a nivel científico, de acuerdo con una encuesta realizada por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (2007, en Germer, 2015), el 9.4% de las personas encuestadas manifestó haber practicado meditación durante ese año y el año anterior, en contraste con el 7.6% de los cinco años precedentes. En la misma línea, Walsh y Shapiro (2006, en Gerber, 2015), mencionan que en los últimos años, la meditación se ha convertido en uno de los métodos más estudiados por psicólogos.

Tal como lo expresa Águila (2020), en las últimas tres décadas, se han introducido a las sociedades occidentales exponencialmente prácticas de sociedades orientales, enfocadas a mejorar los estilos de vida de las personas, asimismo, son los ámbitos como la medicina, la psicología clínica, la educación y la psicología de la salud, los principales reproductores de estas prácticas.

Siguiendo esta línea, Moldoveanu (2000, en Langer Munoz-Martínez, Monroy-Cifuentes y Torres-Sánchez, 2017) mencionan que, desde el ámbito de la psicología clínica, el Mindfulness comenzó a adquirir un papel protagónico a mediados de la década de 1970, “cuando comenzaron a contrastar sus efectos con las conductas de mindless (no estar presente) en las interacciones sociales” (Moldoveanu, 2000, en Langer Munoz-Martínez, Monroy-Cifuentes y Torres-Sánchez, 2017, p. 298).

#### **4.4.1. Definición**

Antes de explicar qué es el Mindfulness, en qué consiste y cómo se puede aplicar a la psicoterapia, es preciso saber de dónde proviene esta palabra. En congruencia, Gremer (2015) menciona que la palabra Mindfulness es una traducción de la lengua budista Pali que significa Sati, la cual es una palabra que refiere a percatarse, prestar atención y recordar.

De acuerdo con el autor, Mindfulness “es una habilidad que nos permite ser menos reactivos a lo que está sucediendo en el momento presente, es una manera de relacionarnos con toda experiencia (positiva, negativa o neutra), de manera que nuestro sufrimiento total disminuya y nuestra sensación de bienestar aumente” (Germer, 2015, p. 31).

Considerando lo anterior, el Mindfulness implica eliminar toda distracción y centrarnos total y exclusivamente en el momento presente, sin estar inmersos en pensamientos, creencias u opiniones acerca de lo que va a pasar o de las posibles consecuencias que ello conlleve. En otras palabras, el centrarse en el presente es dejar

a lado todo tipo de reclamaciones y experiencias previas a lo que pasa y, dejar de pensar en posibles escenarios futuros caóticos o de bienestar.

Otra de las definiciones más acertadas, es la brindada por Dvorakova et. al, (2017, en Virginia, Fernández, Linares, Espejo, Puertas y Chacón (2018), el autor postula que el Mindfulness o atención plena “puede conceptualizarse como la práctica de aceptar y no criticar la actitud ante los pensamientos y sentimientos del momento presente” (Dvorakova et. al, 2017 en Virginia, Fernández, Linares, Espejo, Puertas y Chacón, 2018, p. 121).

En este sentido, se puede predecir, basados en las investigaciones, que al poner en práctica esta técnica se pueden aprender habilidades eficaces para el manejo de estrés, tener auto regulación emocional y tener una mayor capacidad para tomar decisiones.

Siguiendo esta línea, Hanh (1976, en Germer, 2015) alude que Mindfulness refiere al a clara y diáfana percatación de lo que ocurre realmente a nosotros y en nosotros, en los sucesivos momentos de la percepción. A manera de complemento, Brown y Ryan (2003, en Moscoso, 2018) conciben al Mindfulness como una capacidad inherente de la mente que tiene una función autor reguladora.

Otra de las definiciones que abordan el Mindfulness es la propuesta por Kabat-Zinn (2003, en Vásquez-Dextre, 2016), quien concibe al Mindfulness como “el denominador común que se encuentra en la base de diferentes corrientes de meditación derivadas de la tradición budista y que actualmente se han incorporado a diversos modelos de tratamiento en psicoterapia” (Kabat-Zinn, 2003, en Vásquez-Dextre, 2016, p. 43).

A manera de englobar lo anterior, Bishop et. al, (2004, en Germer, 2015) postularon un modelo para poder comprender en una dimensión más amplia, el término de Mindfulness, dividiéndolo en dos elementos:

- 1) Autorregulación de la atención, con el objetivo de tener un reconocimiento mayor de los acontecimientos en el momento presente.

- 2) Adoptar una postura hacia la experiencia, este segundo elemento refiere a adoptar una postura caracterizada por la curiosidad, la actitud abierta y la aceptación.

De acuerdo con Miró Barrachina & Simón Pérez (2012, en Melero y Yela, 2014), a pesar de que el Mindfulness tiene sus orígenes hace miles de años y su esencia es extraída de la tradición budista, desde un punto de vista estrictamente psicológico, se puede concebir como la adquisición de una habilidad que contiene dos elementos centrales: la regulación de la atención y, una actitud de curiosidad apertura y aceptación, ambos elementos enfocados en el momento presente.

En congruencia con lo anterior, tal como lo expresan varias investigaciones (Kabat-Zinn, 2009; Siegel, 2010, en Águila, 2020), el Mindfulness puede concebirse como un estado de consciencia pura, en el que se vive con plenitud el momento presente, dejando de lado todos los pensamientos que surgen habitualmente en las personas, siendo así un proceso no conceptual y no verbal, enfocado directamente a vivenciar y explorar las experiencias del presente.

Cabe mencionar que para adoptar y llevar a cabo una posición de Mindfulness, es menester no adoptar juicios acerca de las experiencias presentes, ya sean buenas o malas. Al respecto, Feldman y Kuyken; y Germer (2011; 2009, en Germer, 2015) señalan que para poder llevar a cabo una buena técnica de Mindfulness, es preciso mantener una respuesta compasiva a nuestro dolor, sobre todo cuando nos enfrentamos a eventos duraderos con emociones negativas intensas.

A su vez, los beneficios del Mindfulness son diversos, sobre todo para mantenerse en un estado en el que no haya cavidad para el estrés, en el que se está total y plenamente enfocado en el presente y, poder ser más ecuánime ante el mundo, en este sentido, Sánchez (2011) plantea que “al regular la atención se produce un vínculo entre la percepción, apreciación de los estímulos e insight sobre lo que acontece en ese presente vivido, lo cual puede llevar a una mejor estrategia para producir cambios en el comportamiento y reducción de la reactividad presente en el estrés” (Sánchez, 2011, p. 231).

De acuerdo con Tang, Hölzel y Posner (2015, en Hervás, Cebolla y Soler, 2016), en los últimos años se ha postulado que de acuerdo con tres elementos primordiales que interactúan entre sí, se puede entender la manera en que funciona el Mindfulness y, los resultados benéficos: “(1) la mejora del control atencional, (2) una mayor capacidad de regulación emocional y, (3) una transformación de la autoconsciencia, que incluiría un menor procesamiento auto-referencial, una mayor conciencia del cuerpo y una mayor ecuanimidad” (Tang, Hölzel y Posner, 2015 en Hervás, Cebolla y Soler, 2016, p. 116).

Un dato muy interesante que vale la pena rescatar en este momento, es el otorgado por Sánchez (2011) quien menciona que los efectos de la práctica de Mindfulness se reflejan a nivel cerebral, por lo que se puede dar más fiabilidad a esta técnica.

En palabras de la autora “existen evidencias sobre plasticidad cerebral y actividad en particular del área prefrontal, el hipocampo y las ondas alpha (lado izquierdo anterior) y theta (zona frontal media) asociada a las prácticas de meditación en relación a la conciencia interoceptiva, emociones positivas y atención” (Sánchez, 2011, p. 238).

Siguiendo esta línea, Mason y Heargreaves (2001, en Sánchez, 2011) indican que a nivel cognitivo y emocional, los efectos del Mindfulness se pueden traducir como relajación y desarrollo de habilidades de meditación, dejando a un lado pensamientos negativos, irracionales o ideas caóticas que generan depresión, ansiedad y estrés, entre otros trastornos.

Por último, me es menester hacer mención de los señalamientos de Krohne-Pombo (2018), quien a parte de mencionar los diversos efectos positivos que tienen las prácticas de meditación y Mindfulness, como lo son mejora de atención, concentración, reducción del estrés, relajación, etc., la autora expone la premisa de que es mediante estas prácticas que “se promueve la intersección de la neurociencia, la psicología, la fisiología y la pedagogía” (Krohne-Pombo, 2018, p. 33).



#### 4.4.2. Características del Mindfulness

Una vez expuestas las definiciones que existen alrededor del Mindfulness, con el objetivo de entender de una manera más amplia esta técnica, Germer (2015) indica que dentro de esta práctica, existen seis cualidades que siempre deben estar presentes, independientemente del nivel de práctica que se tenga en esta técnica:

- **No conceptuales:** Concebir a Mindfulness como una consciencia incorporada, intuitiva, despojada de los procesos de pensamiento.
- **No verbal:** En la práctica de Mindfulness no pueden existir palabras, ya que la consciencia se da antes de que surjan las palabras.
- **Centrada en el presente:** El Mindfulness siempre se encontrará en el momento presente, es importante no dejar cavidad a pensamientos o creencias, ya que estos interferirán para encontrarnos en el momento presente.
- **No enjuiciadora:** El Mindfulness debe presenciar y experimentar la consciencia y el cuerpo de manera estrecha y libre de juicios, prejuicios y trabas.
- **Liberadora:** En cada momento de Mindfulness, se obtendrá un espacio de comodidad, de libertad respecto a la situación que se está viviendo (p. 37).

#### 4.4.3. Práctica de Mindfulness

De acuerdo con Germer (2015), a pesar de que el Mindfulness se da en un ambiente natural y por nosotros mismos, se requiere de práctica para poder tener los resultados deseables de esta técnica. Al respecto, el autor propone dos tipos de prácticas (formal e informal):

- **Práctica formal:** Esta práctica va directamente asociada con la meditación, ya que, en este sentido, la meditación fungirá como un conductor para poder tener niveles más altos de Mindfulness. Es necesario entrenarse en meditación, al igual que cualquier persona se puede entrenar para correr un maratón o nadar cierta cantidad de metros.
- **Práctica informal:** Esta práctica se puede dar en cualquier contexto, siempre y cuando se pueda dirigir la consciencia a elementos como poner atención a nuestra

respiración, escuchar los sonidos ambientales, etiquetar las emociones que se están experimentando y, poner cuidado en las sensaciones físicas.

Al respecto, Kabat-Zinn (2012, en Melero y Yela, 2014) menciona que una vez entrenado el Mindfulness, puede estar presente en todos nuestros aspectos de la vida, del día a día. Siempre y cuando estemos centrados en el momento presente, podemos practicarlo en actividades tan coloquiales y rutinarias como bañarse, lavar los platos, comer, ejercitarse, etc.

Es preciso mencionar que, así como el ejercicio físico, la meditación y el Mindfulness requiere de práctica continua para poder entrenarse en estas técnicas. Al respecto Krohne-Pombo (2018), menciona que “al igual que el ejercicio en el gimnasio mejora el tono muscular y su resultado perdura en el tiempo, los resultados de la meditación (desde ocho semanas en adelante para algunas de estas meditaciones) muestran cambios duraderos en el cerebro y regiones específicas según la práctica realizada” (Krohne-Pombo, 2018, p. 31).

Tal como lo expresa Kaliman (2017, en Águila, 2020), “el estado de mindfulness o de consciencia plena es el estado mental que emerge cuando se enfoca intencionalmente la atención hacia un soporte concreto (respiración, partes del cuerpo, objetos), o abriendo la atención hacia los estímulos que proceden del exterior o de nuestro interior” (Kaliman, 2017, en Águila, 2020, p. 61).

Una vez expuesto lo anterior, es necesario considerar que de acuerdo con Salzberg (2011, en Gerber, 2015), existen tres tipos de prácticas alrededor de la denominación meditación en Mindfulness. Se explicará de una manera breve en qué consisten cada uno de estos tipos:

- **Mindfulness en atención centrada o enfocada:** Esta práctica de Mindfulness, ayuda a la mente a mantenerse relajada, calmada, apartándola de todo tipo de distracciones y preocupaciones. En personas con emociones y sentimientos excesivos, por ejemplo, una crisis emocional, se puede ayudar a que la persona centre su atención en sus pulmones al momento que respira, o, como sus pies tocan el suelo, etc. Es importante tener en cuenta que, cuando haya presencia de

alguna distracción, recuperar de inmediato la atención hacia una determinada cosa.

- **Mindfulness en atención abierta:** Esta práctica, se caracteriza por estar receptivos de manera concreta a cualquier estímulo del entorno, por ejemplo, cualquier sonido que pueda aparecer en el contexto. Este tipo de Mindfulness sirve principalmente para percatarse de nuestros propias intenciones, emociones, pensamientos y conductas, con el objetivo de ser conscientes de cómo funcionamos como persona.
- **Mindfulness en Amor bondadoso y compasión:** Esta práctica de Mindfulness, se caracteriza por aportar a nuestra persona características como calidez a la experiencia de meditar, ternura, sosiego, confort, relajamiento y cuidado. El objetivo de esta práctica es ser más bondadosos y solidarios hacia con nosotros mismos y con las personas que nos rodean.

#### 4.4.4. Mindfulness para el tratamiento de adicciones

Una vez expuesto la definición de Mindfulness, presentar un apartado de sus características y la forma en que se aplica, cabe mencionar que, tal como se mencionó, el objetivo primordial de esta técnica es mantener una atención plena y enfocada, sin distracciones, pensamientos ni creencias que puedan interferir en este proceso de centralización.

En este sentido, Chambers, Gullone y Allen (2009, en Moscoso, 2018), plantean que la mayoría de los desórdenes psicopatológicos tienen sus orígenes en problemas de desregulación emocional, por lo tanto, la técnica de Mindfulness está adquiriendo un protagonismo en el ámbito del tratamiento de estos desordenes.

Una explicación de los resultados exitosos que han tenido las intervenciones en Mindfulness, puede explicarse con base en los señalamientos de Sánchez (2011), quien expresa que los efectos positivos que se producen en el cuerpo son a nivel fisiológico y psicológico, alejando pensamientos irracionales y adquiriendo un mayor autocontrol y consciencia de sí mismos (autoconocimiento).

Al respecto, Hervás, Cebolla y Soler (2016), señalan que las intervenciones basadas en Mindfulness han tenido resultados exitosos para el tratamiento de diferentes problemas, tanto físicos como psicológicos y, en los últimos años, estas intervenciones han ido enfocadas para aumentar el bienestar de las personas. Sin embargo, tal como lo mencionan los autores, a pesar de que se ha hecho un gran esfuerzo en las últimas décadas por comprobar la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness, sería un error categorial dar por hecho que esta técnica es superior a todas sus predecesoras. Más aún, se debería interpretar como una buena estrategia terapéutica con resultados exitosos y positivos en todos sus ámbitos de aplicación.

De acuerdo a los argumentos precedentes, Krohne-Pombo (2018), sostiene que las prácticas como la meditación y el Mindfulness “reducen: síntomas de depresión, estrés somático, dolor crónico, hostilidad y conflictos interpersonales, ansiedad, reactividad, uso de sustancias psicotrópicas y envejecimiento cerebral” (Krohne-Pombo, 2018, p. 36).

Como se mencionó con antelación, el Mindfulness ha ido ganando terreno dentro de la psicoterapia, en este caso en particular, en tratamientos contra adicciones. Desde el punto de vista de Brewer (2015) el entrenamiento en Mindfulness enseña que “en vez de escapar a toda prisa de lo desagradable adoptando una conducta adictiva, se puede aprender a aceptar lo que está pasando justo ahora” (Brewer, 2015, p. 335).

En congruencia con lo anterior, se puede determinar que una persona entrenada en Mindfulness, que está pasando por una situación de crisis, que está vulnerable emocionalmente o, que se encuentra dentro de los factores de riesgo para comenzar a consumir una sustancia psicoactiva, tendrá menos probabilidades de comenzar a consumir dicha sustancia que otra persona que no esté entrenada en Mindfulness.

De acuerdo con Bowen, Chawla y Witkiewitz (2017), los trastornos generados por consumo de sustancias psicoactivas son causa de gran sufrimiento y malestar, tanto para las personas dependientes, como para sus familiares, amigos y parejas.

Asimismo, es preciso mencionar que a pesar de los grandes esfuerzos por profesionales de la salud para erradicar esta problemática, de las pocas personas que

solicitan ayuda, de acuerdo con datos de McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber (2000, en Bowen, Chawla y Witkiewitz, 2017), el 60% de ellas tienen probabilidades significativas de que tengan recaídas.

Siguiendo esta línea, Bowen, Chawla y Witkiewitz (2017), mencionan que existe una línea de investigación que abarca técnicas cognitivo conductuales y Mindfulness, con el objetivo de prevenir recaídas en personas que hayan recibido algún tratamiento contra las dependencias a sustancias psicoactivas y, que estén en etapa de abstinencia. En dicho programa, está diseñado para que las personas puedan dimensionar e identificar las situaciones y señales externas que pueden desencadenar el consumo de estas sustancias, así como las posibles consecuencias físicas y psicológicas de la abstinencia, tales como ansiedad, depresión, estrés, etc.

Aunado a lo anterior, en el ámbito de las adicciones, el programa de Mindfulness Basado para Prevención de Recaídas (MBRP), es uno de las variantes más utilizada y con resultados muy exitosos dentro de este ámbito. En este sentido Penberthy et. al, (2015, en Hervás, Cebolla y Soler, 2016), señalan que este programa tiene como objetivo ayudar a la persona con dependencia psicoactiva, a reconocer y anticiparse a las situaciones de riesgo, a fin de no romper la abstinencia y, de esta manera incrementando la autoeficacia de la persona.

De la misma manera, los autores añaden que en los últimos años se “añadió a esta intervención un componente de mindfulness para aumentar la habilidad de auto-observación del paciente de sus estados emocionales y fisiológicos que pudieran activar conductas de consumo” (Penberthy et. al, 2015, en Hervás, Cebolla y Soler, 2016, p. 119-120).

Al respecto, Bowen, Chawla y Witkiewitz (2017), mencionan las tres principales características del programa Mindfulness Basado para Prevención de Recaídas (MBRP), asimismo, las autoras indican que dicho programa tiene una duración de ocho semanas: “1) Consciencia centrada en el presente, y capacidad para desplazar y sostener la atención; 2) Transitar de una relación de evitación, a una basada en la atención de los estímulos aversivos o desencadenantes mediante la exposición y la aceptación de sus elementos cognitivos, emocionales y físicos; 3) Prácticas de bondad y cuidado de uno

mismo, y, un enfoque hacia uno mismo y hacia la experiencia sin juzgar” (Bowen, Chawla y Witkiewitz, 2017, p. 252).

Aunado a lo anterior, es crucial destacar que, dentro de este programa, se realizan cambios en la manera en la que se perciben sucesos como la recaída, por ejemplo, “en lugar de ver como un fracaso la recaída, se ve como una oportunidad para reconocer el poder de los pensamientos, incluido el de juzgarse a uno mismo, que surge después de la recaída” (Bowen, Chawla y Witkiewitz, 2017, p. 253).

Aunado a lo anterior, es imprescindible mencionar que durante los últimos años el Mindfulness ha ganado mucho terreno dentro de las terapias de adicciones, como en la mencionada anteriormente Mindfulness Basada en la Prevención de Recaídas (MBRP) o, terapias de aceptación y compromiso.

Al respecto, en un estudio realizado por Brewer, Mallik, et. al, (2011, en Brewer, 2015) destacaron la importancia que tiene el MBRP para tratamientos como dejar de fumar, frente a otros tipos de tratamientos convencionales. En dicho estudio, se dividió a las participantes en dos grupos, uno con entrenamiento en Mindfulness y el otro con entrenamiento en un programa para dejar de fumar (American Lung Association’s Freedom from Smoking). En los resultados se encontró que el grupo de MBRP, a las cuatro semanas del tratamiento fumaban menos y, cuatro meses después tuvieron índices de abstinencia significativamente mayores (31% en contraste con el otro grupo (6%).

En congruencia con lo anterior, Chiesa y Serretti (2014, en Vásquez-Dextre, 2016) realizaron una revisión teórica en la cual abordaron 24 estudios sobre Mindfulness, concluyendo que las intervenciones basadas en esta técnica reducen significativamente la compulsión por el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, la cocaína, el cannabis, las anfetaminas, el tabaco y los opiáceos, en contraste con otras intervenciones en las que el Mindfulness no está presente.

Una vez expuesto lo anterior, se puede concluir que el entrenamiento en Mindfulness mediante un MBRP, puede contribuir significativamente a la reducción de

conductas de dependencias, no sólo dependencias psicoactivas, sino dependencias emocionales, centrando la atención de las personas en sí mismas.

Así, las características principales de la intervención en crisis, de la técnica de manejo de contingencias, de la TREC (Terapia Racional Emotiva-Conductual) y, del Mindfulness, es imprescindible explicar que, tal como se verá en las conclusiones de la presente tesis, el abordaje que se propone desde esta perspectiva, debe ser un abordaje multimodal, ya que aspectos como crisis emocionales y dependencias emocionales y psicoactivas, son fenómenos que afectan significativamente a la salud y el estilo de vida de las personas, asimismo, constituyen por separado y en conjunto, procesos sumamente complejos, por lo que el considerar abordarlas con una sola técnica, se transformaría en un error categorial.

Para ejemplificar lo anterior, Secades-Villa (2007) menciona que los trastornos por abuso de sustancias afectan a muchas áreas del funcionamiento de una persona, por lo tanto, se requiere de una intervención multimodal y, sobre todo, que tome aspectos biológicos, sociales y conductuales.

## Conclusiones

Para finalizar con el presente trabajo de tesis, es menester enfatizar en que las problemáticas planteadas, representan daños significativamente altos tanto para las personas que lo experimentan, como para sus familiares, amigos, pareja, compañeros de escuela y/o trabajo, etc. Estos daños ocurren a nivel físico, emocional, cognitivo y fisiológico. Por tanto, es crucial darle la suficiente importancia a fenómenos como crisis, dependencias psicoactivas y dependencias emocionales, ya que, las consecuencias mediatas e inmediatas son sumamente negativas, trayendo consigo un desequilibrio en la vida de las personas acompañado por conductas disruptivas y desadaptativas, pensamientos irracionales y problemas de salud.

Es importante no dejar a un lado que todo tipo de crisis, sin importar su magnitud y potencial daño, puede traducirse en dos escenarios: en una parte como un desequilibrio que llevará a la persona a actuar de manera irracional, debido a un desajuste a nivel biológico, emocional, cognitivo y conductual y, por otra parte, se puede concebir como una oportunidad para que la persona sea consciente de las habilidades de afrontamiento que tiene, las que puede adquirir por medio de ayuda profesional, la red de apoyo con la que cuenta, etc., siendo así, una crisis como sinónimo de desarrollo personal.

Aunado a lo anterior, es preciso mencionar que el objetivo principal de la presente tesis fue describir y analizar los factores psicológicos que predisponen a generar una crisis, asimismo describir los procesos de intervención adecuados que permitan enfrentarlas de manera funcional previniendo la posible tendencia de que las personas resurjan a su vida con una o más dependencias. Por lo tanto, se puede concluir que el factor común que existe en estos tres fenómenos, es el estado de vulnerabilidad que experimentan las personas. Ya sea vulnerabilidad consecuente de una crisis emocional no intervenida o intervenida de una manera no adecuada, o la vulnerabilidad que experimentan las personas que presentan dependencias tanto psicoactivas como emocionales.

Como se vio en los capítulos de la presente tesis, las consecuencias de una crisis emocional no tratada o mal intervenida, pueden traer consigo diversas problemáticas en



diferentes aspectos de nuestro organismo, como lo son a nivel emocional, a nivel cognitivo, a nivel fisiológico y, a nivel conductual. Siendo la principal característica de una crisis, el desequilibrio de la persona, por una incapacidad de poder afrontar la situación precipitante con sus medios habituales de resolución de problemas. Las personas en crisis se caracterizan por tener estados volátiles y vulnerables. Lo que aumenta altamente la probabilidad de que presenten conductas de consumo de sustancias psicoactivas o, que funjan como la parte sumisa en relaciones sociales destructivas, lo que en consecuencia potencial generará dependencias, ya sea psicoactivas, ya sea emocionales.

Sin embargo, es preciso señalar que estos tres fenómenos pueden estar interrelacionados por medio de las dependencias. Una persona en una crisis no atendida puede experimentar un gran ajuste en su organismo, llevándola a tener pensamientos irracionales, conductas disruptivas, maladaptativas y de autosabotaje, lo cual ocurre de manera similar en personas que viven dependencias de carácter emocional o psicoactivo.

Las personas dependientes emocionales o a psicoactivos de la misma manera que una persona en crisis, experimentan una transformación en su organismo a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. Actuando así bajo pensamientos y conductas no adecuadas. Llevando su vida a una secuencia intermitente de crisis, ya sea por abstinencia, por culpabilidad, por las consecuencias de sus conductas, etc.

De manera que atender una crisis oportunamente es crucial, si esta no es atendida correctamente aparte de las consecuencias descritas, a largo plazo puede presentarse como una problemática para la persona, adquiriendo hábitos, pensamientos y conductas desadaptativas y disruptivas que no estaban en su repertorio antes de la crisis. Por lo tanto, la experiencia de la crisis no será un parte aguas para adquirir y desarrollar habilidades.

Es por ello, que el modelo de intervención en crisis, propuesto por Karl Slaikeu sigue siendo un proceso de suma importancia en el ámbito clínico de atención a crisis, ya que, tal como se describió, este modelo está dividido en dos categorías: la intervención en crisis en primer orden o primeros auxilios psicológicos, la cual tiene como

objetivo principal recuperar el equilibrio de la persona, reducir las probabilidades de mortalidad, conocer la contingencia que estalló la crisis, canalizar a la persona a diversas instancias si es que lo amerita (hospitales, albergues, fiscalías, etc.) y, tener una visión general de las habilidades de la persona y su red de apoyo social; y, por otro lado, la intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis, la cual tiene como principal objetivo dar un seguimiento del caso, entrenar a las personas para que adquieran nuevas habilidades de afrontamiento y, que en un futuro puedan afrontar situaciones similares con sus propios medios.

De esta manera, conocer los principales fundamentos y características de la intervención en crisis es crucial, para poder dar una atención psicológica profesional y eficaz, evitando consecuencias negativas como aislamiento social, conductas auto destructivas, conductas delictivas, conductas dependientes, etc.

Como se mencionó, el factor común que tienen los fenómenos de crisis, dependencias emocionales y, dependencias psicoactivas es la vulnerabilidad de las personas, dicho en otras palabras, se habla de vulnerabilidad para describir el desequilibrio a nivel físico, cognitivo, social, emocional y fisiológico.

El tema de las dependencias, tanto psicoactivas como emocionales es un tópico complejo que debe de tomarse con seriedad desde ciencias como la psicología, la psiquiatría, la sociología y la medicina por mencionar algunas. Son temas que no sólo afectan a nivel físico, sino que los factores ligados a estas son sociales, psicológicos, emocionales y fisiológicos.

En el caso de las dependencias psicoactivas, a diferencia de lo que comúnmente se cree, no sólo afectan exclusivamente a regiones del cerebro, el cerebro no es exclusivamente dependiente a la sustancia, sino que, tal como se describió, el tener una dependencia a alguna sustancia psicoactiva está directamente relacionada con factores sociales, culturales e individuales, en estos últimos se considera la genética de las personas, el nivel de habilidades sociales que tienen, los estilos de vida, la capacidad de auto regularse emocionalmente, etc. Es claro que el consumo de sustancias psicoactivas está ligado a una serie de multifactores, tales como la edad, la genética, la historia individual y familiar, el contexto social y económico y la cultura.

En los últimos años se ha normalizado de manera exponencial el consumo de estas sustancias, tanto las de índole legal como lo son el tabaco y el alcohol, como las ilegales. Lo cual representa una problemática delicada por el carácter adictivo y su potencial para crear dependencias. Por tanto, es importante dimensionar el consumo de estas sustancias como una problemática que debe ser abordada multidisciplinariamente, siendo la medicina, la psicología, la psiquiatría y la nutrición las principales ciencias mediante las cuales se debe abordar este fenómeno.

Las consecuencias de la dependencia de una o más sustancias psicoactivas representa un conflicto grave tanto para la persona dependiente, como para las personas que forman parte de su entorno social. De esta manera, se entiende como un problema psicológico, biológico y social.

Es importante considerar que el fenómeno de las dependencias emocionales es tan alarmante y crucial de atender como el de las dependencias psicoactivas. Ambos son procesos en los que las personas pierden la racionalidad de lo que está bien o mal, normalizan cosas como la violencia psicológica y física a fin de estar con el objeto deseado (dependencia).

Al igual que pasa con las dependencias psicoactivas, las emocionales deben tener un tratamiento específico, considerando la historia personal y socio familiar de la persona, su red de apoyo, las habilidades de resolución de problemas con las que cuenta, etc.

Como se mencionó, las dependencias emocionales no son un tema alejado a las dependencias psicoactivas, en este caso los factores que predisponen este tipo de dependencias tienen más peso a nivel social, como lo son los modos de crianza desadaptativos, e individual como lo son la poca valoración de sí mismos (autoestima baja), ideas y pensamientos sumamente irracionales acerca del amor y las relaciones, poca capacidad de autorregulación emocional, etc.

Es menester destacar que en ambos tipos de dependencia existe como factor común que las personas sean conscientes de los problemas que están generando, pero no puedan llevar a cabo resoluciones al respecto. Por mencionar algunas frases: "Vendí

mi auto por \$1,500 para comprar un gramo, sé que estuvo mal, pero la necesidad me llevó a hacerlo”; “Robé a mis padres y empeñé sus joyas para poder comprar”; “Me ponía a robar a la gente en lugares públicos”; “Sé que mi pareja no me valora, pero si me deja mi vida se acaba”; “Mi pareja me trata mal, me violenta física y psicológicamente, pero sin ella no soy nada”, etc.

Respecto a lo anterior, atendiendo al segundo objetivo particular de la presente tesis, se propuso describir los procesos y características que predisponen a la creación de dependencias, a fin de poder tener una dimensión más amplia sobre estos fenómenos, poder identificar los factores de riesgo y, dar así un tratamiento adecuado. Por lo tanto, se concluye que estos estados de consciencia de las conductas realizadas por personas dependientes, sean motivo de crisis intermitentes, dado sus estados de vulnerabilidad y la poca tolerancia a la frustración y a poder enfrentar situaciones negativas asertivamente.

En relación a lo anterior, el tercer objetivo de esta tesis fue presentar una propuesta de intervención multimodal que sea eficaz para tratar los tres fenómenos centrales, es por ello que se propone una intervención compuesta por cuatro técnicas psicológicas: 1) Intervención en crisis, 2) Manejo de contingencias para la erradicación de conductas adictivas, 3) Terapia racional emotivo-conductual (TREC), y, 4) Mindfulness.

Antes que nada, es preciso mencionar el porqué de la elección de estas técnicas entre todas las técnicas de intervención que existen en la psicología. Como se mencionó, la Intervención en crisis propuesta por Karl Slaikeu sigue siendo la mejor opción para tratar a personas en situaciones de crisis. Para explicar el porqué de las tres técnicas restantes, es menester indicar que cada una pertenece a una etapa distinta de las terapias de intervención cognitivo conductuales, siendo manejo de contingencias parte de las terapias de primera generación, TREC parte de las terapias de segunda generación y, por último, Mindfulness como una de las principales técnicas de las terapias de tercera generación.

La intención de esta tesis no es polemizar entre qué generación de terapias es más eficaz o rápida, al contrario, mi percepción sobre ello es que cada una de las

generaciones de terapias han aportado datos, técnicas y resultados significativos, por lo que todas son de suma importancia, tomando en cuenta que el deber y objetivos del psicólogo clínico son ayudar a las personas a convivir en armonía con su entorno y sus pares.

Una vez expuesto lo anterior, se puede concluir que el entrenamiento en Mindfulness mediante un MBRP, puede contribuir significativamente a la reducción de conductas de dependencias, no sólo dependencias psicoactivas, sino dependencias emocionales, centrando la atención de las personas en sí mismas.

Así, la intervención en crisis, la técnica de manejo de contingencias, la Terapia racional emotiva conductual (TREC) y, Mindfulness, son técnicas que en conjunto representan una gran oportunidad para abordar problemáticas de fenómenos complejos como lo son las crisis y las dependencias, ya que estos afectan significativamente a la salud y el estilo de vida de las personas y sus orígenes son complejos.

Para fundamentar lo anterior, Secades-Villa (2007) menciona que los trastornos por abuso de sustancias afectan a muchas áreas del funcionamiento de una persona, por lo tanto, se requiere de una intervención multimodal y, sobre todo, que tome aspectos biológicos, sociales y conductuales.

Como se mencionó, la técnica de manejo de contingencias desde la década de los setenta ha mostrados resultados exitosos para el tratamiento de adicciones, la TREC, ha demostrado ser altamente eficaz para modificar y erradicar los pensamientos y creencia irracionales de las personas y, en los últimos 20 años, el Mindfulness ha adquirido un mayor peso en el ámbito clínico, ya que ha demostrado tasas de eficacia altas en el tratamiento de adicciones, en la auto regulación de pensamientos y emociones desadaptativas y, en la modificación de conductas desadaptativas y disruptivas.

Tomando en cuenta lo anterior, la propuesta de la presente tesis no es generalizar un tratamiento, sino tomar los aspectos de estas técnicas que por separado son eficaces, para poder crear una intervención multimodal que pueda ayudar en un menor lapso de tiempo y con mayor efectividad a las personas que presentan dependencias emocionales, dependencias psicoactivas y crisis.

Es importante hacer mención que la principal limitación de este trabajo fue no contar con una muestra para poder comprobar la eficacia de la terapia multimodal (Intervención en crisis, manejo de contingencias para la erradicación de conductas adictivas, Terapia Racional Emotiva Conductual TREC y Mindfulness), sin embargo, creo que este trabajo es un buen prelude para futuras investigaciones teóricas y experimentales.

Finalmente, es imperativo no dimensionar estos fenómenos por separado, sino percibirlos y atenderlos como una problemática compleja a nivel individual y social, psicológico, fisiológico, cognitivo y conductual.

Por último, es menester señalar que una dependencia emocional, psicoactiva o una crisis no son sinónimo de desastre. Las crisis son parte fundamental de la vida, por lo tanto, en lugar de escapar a ellas estas son una oportunidad invaluable para el desarrollo individual y social.

## Referencias

- Acevedo, A. y Romel, C. (2014). Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales. *Tesis psicológica*, 9(1), 156-171.
- Acosta, D. (2015). Factores biológicos que predisponen la dependencia a sustancias psicoactivas estimulantes. *Gráficas Disciplinarias de la UCPR*, (28), 51-61.
- Águila, C. (2020). Mindfulness e investigación psicológica positivista: críticas y alternativas. *Psychology, Society y Education*, 12(1), 57-69.
- Becoña, E. y Oblitas, L. A. (2003). Psicología de la Salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(1), 71-106.
- Bowen, S., Chawla, N. y Witkiewitz, K. (2017). Prevención de recaídas basadas en Mindfulness para conductas adictivas. En: Baer, R. A. (Ed.), *Técnicas de Tratamiento basadas en Mindfulness*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Brewer, J. A. (2015). Romper el círculo de la adicción. En: Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (Ed.), *Mindfulness y Psicoterapia*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional: características y tratamiento*. Psicología Alianza Editorial.
- Castelló, J. (2012). *La superación de la dependencia emocional*. Ediciones Corona Borealis.
- Castillo, J. J. y Rosete, H. S. (2019). Primeros auxilios psicológicos en la CDMX tras el sismo del 19 de septiembre de 2017: Teoría y práctica. *Revista Electrónica de psicología Iztacala* 2(1), 79-105.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones CONADIC. (02 de Septiembre de 2022). *Conoce sobre las drogas y algo más: guía preventiva para adolescentes*, 1-44. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566349/Guia\\_Drogas\\_2020.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566349/Guia_Drogas_2020.pdf)

Comisión Nacional Contra las Adicciones CONADIC. (02 de Septiembre de 2022). *Hablemos sobre el alcohol, tabaco y otras drogas: guía para padres y maestros*, 1-88.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566256/Gu\\_a\\_Padres\\_Hablemos\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566256/Gu_a_Padres_Hablemos_2019.pdf)

Del Castillo, A., Hernández, M., Romero, A. e Iglesias, S. (2015). Violencia en el noviazgo y su relación con la dependencia emocional pasiva en estudiantes universitarios. *PSICUMEX*, 5(1), 4-18.

De la Villa, M., Sirvent, C., Ovejero, A. y Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia Psicológica*, 36(3), 156-166.

Díaz-García, A. Urquiza, N. Hernández, S. Molina, M. y Díaz-García, A. M. (2014). Comportamiento del consumo de drogas en adolescentes de noveno grado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 310-316.

Echeburúa, E. (2005). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Ediciones Pirámide.

Ellis, A. (1990). Aplicación de la Terapia Racional Emotiva a los problemas del amor. En: Ellis, A. y Russell, G. (Ed.), *Manual de Terapia Racional Emotiva volumen 2*. Editorial Desclée de Brouwer.

Ellis, A. y Bernard, M. (1990). ¿Qué es la Terapia Racional-Emotiva (RET)? En: Ellis, A. y Russell, G. (Ed.), *Manual de Terapia Racional Emotiva volumen 2*. Editorial Desclée de Brouwer.

Fernández, L. M. (2010). *Modelo de Intervención en Crisis: en busca de la resiliencia personal*. Grupo Luria, Madrid, España, 1-46.

Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A. y Delgado, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia, Avances de la disciplina*, 10(2),43-54.



- Fouce, J. (2018). Psicología en tiempos de crisis: psicología y derechos humanos. *Papeles del psicólogo*, 39(3).
- Flórez L. y Gantivia, C. (2012). el doble procesamiento paralelo en situación de crisis: fundamentación motivacional. *Psychol. av. Discip.*, 6(1), 105-121.
- Gálvez-Álvarez, T. (2011). La intervención en crisis. *Facultad de psicología, Universidad Autónoma de Yucatán*.
- Gantiva, C. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2), 143-145.
- Germer, C. K. (2015). Mindfulness ¿Qué es? Y ¿Qué importancia tiene?. En: Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (Ed.), *Mindfulness y Psicoterapia*. Editorial Desclée de Brouwer.
- González de Rivera, J. L. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (59), 35-53.
- Halpern, H.A. Canale, J.R. Grant, B.L. y Bellamy, C.A. (1973). A System Crisis Approach to Family Treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 5, 87-94.
- Hernanz, M. (2015). Adolescente & nuevas adicciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 309-322.
- Hernández, I. y Gutierrez, L. (2014). Manual básico de primeros auxilios psicológicos. Universidad de Guadalajara, Cebtro universitario de ciencias de la salud. 1-49.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27, 115-124.
- Kantor, J. R. (2015). Aspectos más destacados de la historia de la psicología. En: Kantor, J. R. y Smith N. (Ed.), *La Ciencia de la Psicología: un estudio Interconductual* (pp. 19-32). Universidad de Guadalajara.
- Krohne-Pombo, A. M. (2018). Ciencia y meditación. *Revista Papeles*, 10(20), 30-38.

- Laca, F. y Mejía, J. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 66-75.
- Lefio, L. A., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(4), 257-266.
- Lema, S. (2022). *Intervención para el personal de atención prehospitalaria que haya sufrido una crisis emocional* [Tesis de Licenciatura, Universidad Central de Ecuador].
- Lemos, M., Jaller, C., González-Calle, A., Díaz, Z. y De la Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín. *Universitas Psychologica*, 11(1), 395-404.
- López-Núñez, C., Martínez-Loredo, V., Weidberg, S., Pericot-Valverde, I. y Secades-Villa, R. (2016). Voucher-based contingency management and in-treatment behaviors in smoking cessation treatment. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 30-38.
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E. y Srich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Archivo Médica Camagüey*, 22(2), 130-138.
- Mansukhani, A. (2013). Dependencias Interpersonales: las vinculaciones patológicas. Conceptualización, diagnóstico y tratamiento. En García, A. D. y Cabello, F. (Ed). *Actualizaciones en Sexología Clínica y Educativa*. Huelva Universidad. 197-214.
- Massa, J., Pat, Y., Keb, R., Canto, M. y Chan, N. (2011). La definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Mérida, Yucatán. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(3), 176-193.
- Melero, A. y Yela, J. (2014). Análisis e la investigación sobre Mindfulness entre 2008-2012: una aproximación a través del análisis bibliométrico. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 4(1), 63-72.

- Mendoza, Y. y Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167.
- Molero-Jurado, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez-Linares, J. J. y Barragán-Martín, A. B. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Aten Fam, CrossMark*, 24(2), 56-61.
- Moloyela, P. (2019). *Factores desencadenantes de estrés en adolescentes entre 13 a 19 años de la Unidad Educativa Luis A. Martínez* [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la salud, Carrera de Enfermería]. Repositorio. Uta. Edu. Ec.
- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A., Jiménez, J., Chávez-Vera, M., Olave, L. e Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Annals of Psychology*, 37(1), 121-132.
- Moscoso, M. (2018). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción del estrés: ¿Ciencia o ficción?. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 10(2), 101-121.
- Munoz-Martínez, A., Monroy-Cifuentes, A. y Torres-Sánchez, L. (2017). Mindfulness: ¿Proceso, habilidad o estrategia? Un análisis desde el análisis del comportamiento y del contextualismo funcional. *Psicología USP*, 28(2), 298-303.
- Niuris, R. (2016). La prevención de las adicciones en los adolescentes desde la escuela. Una tarea de hoy. *Boletín virtual*, 5(10), 102-110.
- Organización Panamericana de la Salud. (02 de Septiembre de 2022). *Abuso de sustancias*. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>.
- Osorio, A. (2017). Primeros Auxilios Psicológicos. *Integración académica en Psicología*, 5(15), 4-11.

- Parada, A. L. (2012). La intervención en crisis como herramienta terapéutica del psicólogo de la salud. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 1(1), 7-14.
- Pereira, G. y Pilon, S. (2011). Uso de drogas por adolescentes: sus percepciones sobre adhesión y el abandono del tratamiento especializado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 19(2), 1-8.
- Poal, P. (1990). Introduction to the theory and practice of crisis intervention. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 10, pp. 121-40,
- Rabelo, J. M. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el trabajo social. *Documento de trabajo social* (47), 121-133.
- Rendon, M. y Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. *Hallazgos*, 8(16), 219-242.
- Rocha, M. L. (2005). Intervención en crisis: una aproximación teórica. Universidad de la sabana, 1-25.
- Rodríguez, Ma. de L. (2016). Manejo de Contingencias. En: Valladares, P. y Rentería, A. (Ed.), *Psicoterapia Cognitivo-conductual: técnicas y procedimientos* (pp. 59-87). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rojas, T., Reyes, B. C., Sánchez, J. y Chamba, A. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral de los estudiantes de la Unidad Educativa 12 de febrero de la Ciudad de Zamora. *Revista Conrado*, 16(72), 131-138.
- Rubin, B. y Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Salazar, I., Caballo, V. y Gonzalez, D. (2007). La intervención psicológica cognitivo-conductual en las crisis asociadas a desastres: una revisión teórica. *Psicología conductual*, 15(3), 389-405.

- Sánchez, G. (2011). Meditación, Mindfulness y sus efectos biopsicosociales: revisión de la literatura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 223-254.
- Sánchez-Hervas, E., Zacarés, F., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., García-Fernández, G. y Santonja, F. J. (2010). Manejo de contingencias para el tratamiento de la adicción a la cocaína en un contexto sanitario público. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1(1), 17-27.
- Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., López, O. y González-Bueso, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con dependencia emocional. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, Revista Iberoamericana de Psicología*, (116), 36-46.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. y Carballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Segura, L. y Cáliz, N. (2015). Consumo de drogas de uso lícito e ilícito en jóvenes universitarios de la U. D. C. A. *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 18(2): 311-319.
- Slaikew, K. (1984). *Intervención en crisis*, Manual para práctica e investigación. Manual Moderno, Massachusetts.
- Soria, R. y Olvera, J. (2016). Terapia racional emotivo-conductual. En: Valladares, P. y Rentería, A. (Ed.), *Psicoterapia Cognitivo-conductual: técnicas y procedimientos* (pp. 165-209). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., de la Fuente-Martín, A. y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med Int Mex*, 34(2), 264-277.
- Terradillos, J. M. y Pérez, A. T. (2009). Análisis y resultados de un programa de manejo de contingencias: caso de alcoholismo crónico con retraso mental leve y déficits neurológicos atendido en régimen ambulatorio. *Trastornos Adictivos*, 11(3), 200-208.

UNODC. Resumen ejecutivo de la UNODC. Informe Mundial sobre las drogas 2012 [consultado 25 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf)

Valadez, A. (1998). Un caso específico de manejo conductual en el contexto familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(1), 1-10.

Valladares, P. (2016). Intervención en crisis. En: Valladares, P. y Rentería, A. (Ed.), *Psicoterapia Cognitivo-conductual: técnicas y procedimientos* (pp. 239-276). Universidad Nacional Autónoma de México.

Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79(1), 42-52.

Vázquez-Fernández, M. E., Muñoz-Moreno, M. F., Fierro-Urturi, A., Alfaro-González, M., Rodríguez-Carbajo M. L. y Rodríguez-Moliner, M. (2016). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Revista Pediátrica de Atención primaria*, (16), 125-134.

Vilugrón, F., Hidalgo-Rasmussen, C., Molina, T., Gras, M. y Font-Mayolas, S. (2017). Uso de sustancias psicoactivas y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados. *Revista Médica de Chile*, (145), 1525-1534.

Villa, M. y Sirvent, C. (2019). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 43(2), 230-240.

Villatoro, J., Medina-Mora, E., Martín del Campo, R., Fregoso, D., Bustos, M., Reséndiz, E., Mujica, R., Betrán, M., Sayuri, I. y Cañas, V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39(4), 193-203.

Virginia, V., Fernández, A., Linares, M., Espejo, T., Puertas, P. y Chacón, R. (2018). Los estudios universitarios y el mindfulness: una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación REICE*, 16(1), 119-135.

Wille-González, F. (2011). Bases neurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas desde la mirada social. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45-46), 77-94.