

Representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en el Valle de Aburrá

Una mirada desde profesionales



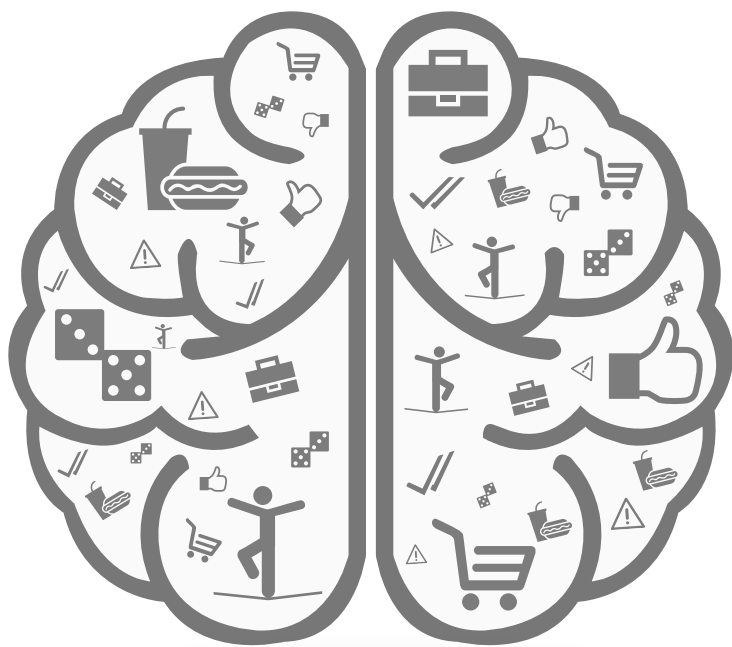
Autores

Gustavo Adolfo Calderón Vallejo
César Augusto Jaramillo Jaramillo
Henry Holguín Osorio
Damien Le Gal

ISBN: 978-958-8943-06-0

Representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en el Valle de Aburrá

Una mirada desde profesionales



Investigadores

Gustavo Adolfo Calderón Vallejo
Fundación Universitaria Luis Amigó

César Augusto Jaramillo Jaramillo
Institución Universitaria de Envigado

Henry Holguín Osorio
Fundación Universitaria Luis Amigó

Damien Le Gal
Fundación Universitaria Luis Amigó

362.29 R425

Representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en el Valle de Aburrá : una mirada desde profesionales [recurso electrónico] / Gustavo Adolfo Calderón Vallejo...[et al.] — Medellín : Funlam : Institución Universitaria de Envigado, 2016
124 p.

Incluye referencias bibliográficas y conclusiones.

ISBN 978-958-8943-06-0

ADICTOS - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; DROGADICCIÓN - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; ALCOHOLISMO - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; ABUSO DE SUSTANCIAS - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; ABUSO DE SUSTANCIAS - ASPECTOS SOCIALES - MEDELLÍN; TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; SÍNDROME DE ABSTINENCIA - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; ANSIEDAD - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; INTERACCIÓN SOCIAL - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; PSICOLOGÍA SOCIAL - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; ADICCIONES COMPORTAMENTALES - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; ADICCIONES - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN; REPRESENTACIONES SOCIALES - INVESTIGACIONES - MEDELLÍN

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN EL VALLE DE ABURRÁ

Una mirada desde profesionales

© **Fundación Universitaria Luis Amigó**

Transversal 51A 67 B 90. Medellín, Antioquia, Colombia
Tel: (574) 448 76 66 (Ext. 9711. Departamento de Fondo Editorial)
www.funlam.edu.co – fondoeditorial@funlam.edu.co

© **Institución Universitaria de Envigado**

Carrera 27 B 39 A Sur 57. Envigado, Antioquia, Colombia
PBX: (574) 339 10 10 (Ext. 524)
www.iue.edu.co – publicaciones@iue.edu.co

ISBN: 978-958-8943-06-0

Fecha de edición: 21 de julio de 2016

Autores: Gustavo Adolfo Calderón Vallejo
César Augusto Jaramillo Jaramillo
Henry Holguín Osorio
Damien Le Gal

Corrección de estilo: Rodrigo Gómez Rojas

Diagramación y diseño: Diana Ortiz Muñoz

Editor: Fundación Universitaria Luis Amigó

Coeditor: Institución Universitaria de Envigado

Hecho en Medellín - Colombia / Made in Medellín - Colombia

Texto resultado de la investigación “Las representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en los profesionales de las Ciencias Sociales – Humanas y de la Salud, que les corresponde intervenir en los municipios pertenecientes al Valle de Aburrá”. Este estudio fue realizado por el grupo de investigación Farmacodependencias y otras adicciones, de la Fundación Universitaria Luis Amigó, y por el grupo Psicología Aplicada y Sociedad (PAYS) de la Institución Universitaria de Envigado.

La publicación fue financiada por la Fundación Universitaria Luis Amigó y la Institución Universitaria de Envigado.

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, no comprometen en ningún sentido a la Fundación Universitaria Luis Amigó ni a la Institución Universitaria de Envigado.



El libro *Representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales en el Valle de Aburrá*, publicado por la Fundación Universitaria Luis Amigó, se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

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

APORTÓ A LA INVESTIGACIÓN

Estudiante de Maestría en Adicciones y auxiliar de investigación:

Yein Alexa Muñoz Londoño

AGRADECIMIENTOS

El equipo de investigación presenta los más sinceros agradecimientos a los profesionales que suministraron información valiosa para esta investigación. Esperamos que las conclusiones y las discusiones de este ejercicio, puedan aportar a la comunidad académica y las diferentes instituciones que trabajan incansablemente este tema, y den pistas que contribuyan a mejorar las acciones en el manejo de las intervenciones.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	VIII
1. Objetivos	12
1.1. General.....	12
1.2. Específicos.....	12
2. Método.....	13
2.1. Tipo de estudio y enfoque.....	13
2.2. Actores proveedores de la información.....	13
2.3. Técnica e instrumentos.....	13
2.4. Validación.....	14
2.5. Proceso de recolección.....	15
2.6. Proceso de sistematización e interpretación de la información.....	15
2.7. Consideraciones éticas.....	15
3. Referentes teóricos.....	17
3.1. El concepto de representaciones sociales.....	17
3.1.1. Orígenes.....	17
3.1.2. Historia del concepto.....	17
3.1.3. ¿Teoría o hecho?.....	19
3.1.4. Definiciones.....	19
3.2. Naturaleza de las representaciones sociales.....	20
3.2.1. Orígenes y fuentes de las representaciones sociales.....	21
3.2.2. Proceso de formación: objetivación y anclaje.....	23
3.3. Las dimensiones de las representaciones sociales.....	24
3.4. Tipos de representaciones sociales.....	25
3.5. Funciones de las representaciones sociales.....	25

3.5.1 <i>¿Por qué estudiar las representaciones sociales de profesionales?</i>	27
3.6. Representaciones sociales de las adicciones comportamentales.....	27
3.7. Adicciones comportamentales.....	28
3.7.1. <i>Definiendo las adicciones comportamentales</i>	28
3.7.2. <i>Criterios para identificar las adicciones comportamentales</i>	29
3.7.3. <i>Etapas del proceso adictivo comportamental</i>	31
3.8. Problemáticas asociadas a las adicciones comportamentales.....	33
3.9. Factores de riesgo asociados.....	34
3.10. Tipos de adicciones comportamentales.....	35
3.10.1. <i>Ludopatía</i>	35
3.10.2. <i>Adicción a las redes sociales</i>	45
3.10.3. <i>La adicción al trabajo</i>	52
3.10.4. <i>La adicción a las compras</i>	56
3.10.5. <i>Adicción al riesgo</i>	61
3.10.6. <i>Adicción a la comida</i>	65
4. Resultados	70
4.1. Concepción del ser humano.....	70
4.2. Ser humano biopsicosocial y espiritual.....	71
4.3. Ser humano holístico.....	73
4.4. Ser humano con capacidades.....	75
4.5. Adicto comportamental.....	75
4.6. Adicto comportamental: fallas en control.....	76
4.7. Adicto comportamental: funcionalidad.....	76
4.8. Adicto comportamental: ¿quién demanda atención?.....	77
4.9. Adicto comportamental: de rasgos personalidad.....	78
4.10. Adicto comportamental: según condición social.....	78
4.11. La concepción sobre la adicción.....	79
4.11.1. <i>La adicción como una conducta</i>	80
4.11.2. <i>La adicción desde una perspectiva humanista, psicológica</i>	80



4.11.3. <i>La adicción concebida como una enfermedad.....</i>	81
4.12. La concepción de la adicción comportamental en los profesionales entrevistados.....	81
4.13. Representaciones sociales sobre el tratamiento.....	83
4.13.1. <i>Tratamiento similar a las adicciones a sustancias...</i>	86
4.13.2. <i>Protocolo de atención según necesidades especiales.....</i>	87
4.13.3. <i>Orientación-Remisión.....</i>	87
4.13.4. <i>Terapia familiar.....</i>	88
4.13.5. <i>Terapias grupales.....</i>	89
4.14. Otras representaciones sociales.....	89
4.15. Intervenciones no válidas.....	90
4.16. Las adicciones que conoce y con las que ha tenido experiencia.....	91
5. Discusión.....	93
5.1. Representaciones sociales y conocimientos.....	93
5.2. Sobre el concepto de ser humano.....	95
5.3. El abordaje conjunto de las adicciones con o sin sustancia.....	95
5.4. Representaciones sociales sobre el tratamiento.....	98
5.5. Otras representaciones.....	102
CONCLUSIONES.....	104
REFERENCIAS.....	106

INTRODUCCIÓN

Las adicciones comportamentales son entendidas como “una pérdida de control de la persona ante cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta, etc.” (Becoña y Cortés, 2011, p. 26); en otros términos, las problemáticas que se presentan asociadas a este tipo de adicción son generadas desde lo comportamental o conductual. Son, además, un problema emergente en la contemporaneidad, que hace presencia en diversos países y contextos con alta relevancia; por ejemplo, en el continente Asiático, Japón es uno de los países más afectados, contando con altos porcentajes de personas adictas a las nuevas tecnologías y al Internet (Net addiction a growing problem, 2013), problemática que es reconocida como un trastorno psicológico en países como China, Taiwán, Corea del Sur y Japón.

En la misma vía, en países como España las adicciones comportamentales han hecho fuerte presencia, no solo la adicción al Internet o a los videos juegos, sino también a las compras, al trabajo y otras conductas de carácter patológico (Echeburúa, 1999). Sin embargo, son pocas las estadísticas que se cuentan para dimensionar el problema en la actualidad. Se estima que en España la tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y el 3% en la población adulta. De igual manera, estudios realizados en ese país muestran que el predominio de un sexo u otro varía en relación a los objetos adictivos. Hay un gran predominio de adicciones relacionadas con la comida y las compras compulsivas en la población femenina: entre el 60 y el 80% de los adictos a las compras son mujeres (Faber, Christeson, De Zwann & Mitchell, 1995).

Son solo dos estudios los que se hallaron en Colombia sobre las generalidades de las adicciones comportamentales, aunque se pueden observar investigaciones específicas en adicciones de este tipo, como las de Tobón, Cano y Londoño (2010) y Zapata, Torres & Montoya (2011). Así mismo, en Colombia y específicamente en el Valle de Aburrá, existen situaciones sobre comportamientos humanos que pueden llevar a diversos grupos poblacionales a la compulsión y disfuncionalidad, pero hay pocas instituciones con fortalezas específicas para tratar estas problemáticas. Los marcos teóricos y los diseños metodológicos tampoco dan mayores certezas sobre

las características generales de las adicciones comportamentales en este contexto, ni sobre sus implicaciones, dificultando la construcción de programas preventivos y de tratamiento.

Desde el sentido común y desde alguna base científica incipiente, se están haciendo intentos de prevenir y tratar las adicciones comportamentales, con los paradigmas epistemológicos y metodológicos que se tienen disponibles para comprender e intervenir las adicciones químicas en el contexto colombiano, sin tener certezas sobre los factores psicosociales que favorecen o previenen para tratar este otro tipo de adicciones.

Hablar de adicciones comportamentales en esta década es un tema prioritario, tanto en los espacios educativos como en el medio social, porque los comportamientos compulsivos están afectando el desempeño normal de los diferentes grupos poblacionales. Por ello, se requiere conocer la concepción de la problemática desde el ámbito local y relacionarlo con los postulados científicos del ámbito internacional, para tener antecedentes que permitan brindar orientaciones a los entes gubernamentales responsables de la salud pública, EPS, IPS, las ONG y grupos de profesionales que intervienen las adicciones en las distintas instituciones públicas y privadas y, por supuesto, a las poblaciones afectadas.

Una de las formas de acercarse al conocimiento sobre este tipo de adicciones es por medio del abordaje de las representaciones sociales que tienen los profesionales en la actualidad y que pueden ser confrontadas con los referentes teóricos que existen, como ya se dijo, en el contexto internacional y los pocos del ámbito nacional y local.

Aunque las adicciones comportamentales pueden hacer parte de una situación de la cual nadie está exento y dependen de diversos factores de riesgo, solo algunas personas pueden verse realmente afectadas. A pesar de que no se trata de alguna adicción química que involucra una droga en el sentido literal, las adicciones comportamentales causan daños en la integridad de la persona como afectaciones a su salud y a su desarrollo personal.

Así mismo, estos trastornos pueden ocasionar una dependencia similar a lo que se ha denominado farmacodependencia. Biológicamente también comprometen algunas áreas del organismo y conductualmente implican consecuencias negativas para el individuo.

Cuando se busca la comprensión del fenómeno adictivo, además de conocimientos, existen representaciones sociales que pueden o no estar respaldadas científicamente. Por lo tanto, se hace necesario realizar una investigación respecto a esos diversos constructos que emergen de actores fundamentales como son los profesionales que integran los equipos terapéuticos.

Se debe considerar que las representaciones sociales se construyen en comunidad e individualmente, por esta razón son compartidas por una colectividad específica y toman un papel importante en la realidad cotidiana, determinando los comportamientos. Por ello, como afirma Viveros (1993, citada en Pérez, Castrillón, y Cano, 2001), “el sujeto es activo en tanto que construye su mundo con los materiales que la estructura social le brinda y las representaciones sociales se convierten en un puente entre el mundo individual y social” (p. 22).

Así mismo, las representaciones sociales son activas, cambiantes, dinámicas, debido a que se ajustan y se configuran de acuerdo al tiempo y al contexto. Es decir, varían de una cultura a otra y de una época a otra, produciendo conocimientos y creencias, ideologías, valores y actitudes.

Con base en los trabajos de Duveen & Lloyd (1990a), cabe resaltar que las representaciones sociales emergen de las interacciones de los sujetos que comparten un contexto. Según Castorina (2009):

En el nivel microgenético los individuos interactúan entre sí, debaten y resuelven conflictos de la actividad social, constituyendo un motor para las transformaciones genéticas de las representaciones sociales, ya que de ellos derivan, en buena medida, los otros niveles de su génesis (p. 16).

En este orden de ideas, la génesis de las representaciones sociales se encuentra en “las interacciones y los procesos de intercambio que emergen de los objetos y hechos sociales que exigen ser normalizados, entendiéndose esto como transformar lo nuevo en conocido y explicarlo” (Viveros, 1993, citada en Pérez, Castrillón & Cano, 2001, p. 21). Pero además, dichas representaciones, surgen principalmente desde dos aspectos de especial importancia: las experiencias y la comunicación.

Uno de los fines de las representaciones sociales es llevar al individuo a una adaptación social; es decir, a una apropiación de los elementos colectivos y a otorgarle significados a estos. Con esto se puede inferir que las representaciones sociales son un tipo de conocimiento popular, debido a que son generadas, compartidas y acepta-



das, por los miembros de un grupo social específico. Además, permiten la construcción de una identidad colectiva (Moloney & Walker, 2007), lo que conlleva a justificar las acciones y produce el sentido de pertenencia al grupo del cual el sujeto es miembro.

En tal sentido, es importante conocer las representaciones sociales que tienen los profesionales en el momento de la intervención, la cual puede ser ejecutada por psicólogos, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, entre otros; de manera que se posibilite entender y trabajar con quienes padecen estas problemáticas adictivas.

Las imágenes mentales que se tienen del mundo, construidas interactivamente en el desarrollo de la cultura y que se expresan en forma de representaciones sociales, son asumidas por todos los individuos. Aclarando que los profesionales de las Ciencias Sociales y de la Salud tienen conocimientos sustentados provenientes de su formación disciplinar, concomitantes con ellos cuentan también con percepciones que no son respaldadas científicamente. En este mismo orden, los investigadores del presente texto constataron que los modelos de intervención de las instituciones en Colombia no se fundamentan todos en métodos científicos, sino que pueden diseñarse desde perspectivas y experiencias personales de sus creadores, dentro de las cuales están las representaciones sociales que se estudiaron en este ejercicio investigativo.

Toda esta carga científica y no científica la recibe el paciente en forma consciente o no, y la vive de forma crítica o no. Existe la certeza que esas acciones tendrán efectos concretos en su salud mental, física y en las vidas de quienes lo rodean. Por ejemplo, un profesional terapeuta, puede tener además de los conocimientos disciplinares que aplica, algunas percepciones empíricas que se expresan como posiciones personales frente a esos conocimientos.

Ante este panorama surge como interrogante: ¿Cuáles son las representaciones sociales de los profesionales de las Ciencias Sociales – Humanas y de la Salud, sobre las adicciones comportamentales que les corresponde intervenir en los municipios pertenecientes al Valle de Aburrá?

1. Objetivos

1.1. General

Comprender las representaciones sociales de las adicciones comportamentales en los profesionales de las Ciencias Sociales y de la Salud del Valle de Aburrá, con el fin de contribuir a una mejor intervención de estas adicciones.

1.2. Específicos

- ✘ Develar las representaciones sociales asociadas a las adicciones comportamentales.
- ✘ Identificar los tipos de adicciones comportamentales que intervienen los profesionales.
- ✘ Dar cuenta de las representaciones sociales que sustentan los tratamientos usados por los profesionales.

2. Método

2.1. Tipo de estudio y enfoque

Se desarrolla un estudio cualitativo que tiene pertinencia para describir e interpretar las percepciones, creencias y actitudes que conforman las representaciones sociales de los profesionales. Tiene un enfoque fenomenológico – hermenéutico, dado que se busca comprender las representaciones sociales que tiene los profesionales acerca de las adicciones comportamentales que ellos mismos intervienen. Lo fenomenológico en lo cualitativo, según Taylor y Bogdan (citados en Galeano, 2009), se enfoca en la comprensión del marco de referencia de lo indagado desde la perspectiva de los actores sociales involucrados, en este caso, con la intervención de las adicciones comportamentales.

Las principales categorías abordadas son: las representaciones sociales de los profesionales sobre la concepción del ser humano, las representaciones sociales de los profesionales sobre quiénes son los adictos y qué es la adicción y las representaciones sociales sobre el tratamiento en diversas modalidades.

2.2. Actores proveedores de la información

Se hizo una selección intencionada de trece profesionales, a quienes les corresponde atender pacientes con adicciones comportamentales, también llamadas adicciones no químicas o sin droga. Los profesionales pertenecen a instituciones habilitadas para funcionar por parte de las entidades que rigen el sector de la salud en Colombia y están formados en medicina, psicología, trabajado social, diez de ellos tiene estudios de posgrado, uno en psiquiatría y cuatro en adicciones.

Espacialmente, los profesionales laboran en municipios que hacen parte del Valle de Aburrá. Por cuanto se refiere a la temporalidad, suministraron la información entre los meses de agosto y septiembre del año 2014.

2.3. Técnica e instrumentos

La técnica de recolección se basó en la entrevista personalizada en las instituciones en donde laboran los profesionales, quienes aceptaron firmar el consentimiento informado. Se optó por la entrevista semiestructurada, que consiste en un acercamiento

lo más natural posible, pero con mucho detenimiento, a lo que son las concepciones del profesional sobre las adicciones comportamentales y sus percepciones sobre los tratamientos.

Complementario a la entrevista se utilizó un diario de campo, que el entrevistador diligenciaba una vez terminaba cada entrevista, en él se recogían todos aquellos hallazgos cualitativos y lenguajes del entrevistado que le dieran pistas para complementar lo recogido en la entrevista grabada.

Con esta metodología, se identificaron en el discurso de los profesionales indagados las representaciones sociales que están implícitas en su universo simbólico, recurriendo para ello a la memoria y la confianza del entrevistado.

A la hora de reconocer las prácticas de los profesionales, los métodos cualitativos y la técnica de entrevista se presentan como los más adecuados para poder identificar de forma efectiva las representaciones sociales.

Dado que la población estudiada es reducida (son pocos los profesionales que intervienen las adicciones comportamentales en el Valle Aburrá), la entrevista semiestructurada se presentó como la metodología que posibilitó ir más allá de las respuestas iniciales y evitar ambigüedades, dándoles mayor especificidad.

Se diseñó una guía de entrevista con un número de veinte preguntas básicas, este instrumento fue validado por tres expertos en el tema. La entrevista se desarrolló de manera conversacional, incluyendo focos de atención que no se habían previsto y que resultaron relevantes. La forma de conducir la entrevista fue a manera de diálogo, lo que permitió que el participante no se sintiera tensionado ni coartado para dar a conocer su perspectiva personal sobre las temáticas abordadas.

2.4. Validación

Se combinaron las siguientes formas de validación cualitativa: la búsqueda exhaustiva de fuentes documentales por parte del equipo de investigación, el juicio de expertos y el cotejo de los resultados encontrados con el marco referencial.

Otra estrategia de validación fue la revisión permanente y sistemática de la información recogida, lo que permitió la inmersión mental en lo hallado para obtener una visión de conjunto, que facilita la revisión de la categorización previa y la consideración de las categorías emergentes, de tal manera que las unidades de significación estuvieran presentes en sus relaciones, semejanzas y diferencias.

2.5. Proceso de recolección

Inicialmente se realizó un contacto con las personas y las instituciones que podían colaborar, con el fin de presentarles el estudio, los responsables, los propósitos y los procedimientos necesarios para que se posibilitará el proceso de recolección. Se les indicó que la información se recogería con un criterio de anonimato, confidencialidad y voluntariedad.

La información suministrada por los entrevistados fue grabada, luego de terminado el encuentro siguieron los procesos de transcripción, sistematización e interpretación.

2.6. Proceso de sistematización e interpretación de la información

Para un mejor procesamiento de la información se realizó una base de datos en la que se incluyeron los textos, utilizando como recurso tecnológico el programa de análisis cualitativo Atlas TI–versión 7.0. Este software es una herramienta importante para el procesamiento de información cualitativa, por lo que facilita muchas de las acciones que el análisis requiere. El procedimiento fue el siguiente: se transcribió la información, se creó una unidad hermenéutica y en ésta se ingresaron las entrevistas como documentos primarios.

Teniendo como referencia las categorías previas: concepción sobre el ser humano, el ser adicto, la adicción y el tratamiento, se fragmentaron los textos en citas, se hizo la respectiva codificación (Strauss y Corbin, 2002) y, para enriquecer la lectura de resultados, se tuvieron en cuenta las anotaciones. Se consideró el surgimiento de categorías emergentes. Se procedió a la clasificación de cada tópico, categorías y preguntas previstas. Posteriormente, se realizó una lectura comprensiva, se procedió a hacer análisis de tendencias, deteniéndose en relaciones, similitudes y diferencias, pero también especificidades y casos únicos.

Como estrategia de análisis conjunto, se parte de los resultados escritos y se cotejan con lo hallado en fuentes secundarias y la interpretación de los investigadores.

2.7. Consideraciones éticas

La información fue recogida con criterios de confidencialidad, las citas que se escribieron para respaldar los resultados tienen una nomenclatura que solo indica el número de la entrevista, pero no el nombre del entrevistado para garantizar anonimato.

La información consignada no puede ser utilizada para fines distintos a los planteados por el proyecto, que son de carácter académico y científico.

Se utilizó el consentimiento para obtener la información de cada profesional participante, con un formato aprobado por los comités de ética de las instituciones de educación superior participantes en el proyecto.

3. Referentes teóricos

3.1. El concepto de representaciones sociales

En este capítulo se aborda el concepto de representaciones sociales y su importancia para este estudio. Antes de definirlo, se revisan los orígenes y la historia de este concepto. A continuación, se indagó por la naturaleza de las representaciones sociales mediante reflexiones sobre sus procesos de formación, funciones, dimensiones y dinámica. Finalmente, se justificó el abordaje de las adicciones comportamentales por medio del estudio de las representaciones sociales de los profesionales.

3.1.1. Orígenes

Según Mora (2002), los antecedentes teóricos del concepto de representaciones sociales provienen de la etnopsicología de Wilhelm Wundt y la psicología social pragmática y el interaccionismo simbólico de George Herbert Mead. Por su parte, Moscovici (1961) reconoció la deuda que el concepto de representaciones sociales tiene con Emile Durkheim y su definición de “representaciones colectivas”. Farr (1983) menciona, entre otros, a Durkheim, Boas, Freud, Saussure, Mead, Malinowski y Thomas como padres de la teoría de las representaciones sociales.

3.1.2. Historia del concepto

En 1898, Émile Durkheim introdujo el concepto de representaciones colectivas para estudiar representaciones hegemónicas y homogéneas (como los mitos y las religiones en las sociedades tradicionales) y confirió a la psicología social el estudio de las representaciones sociales. Efectivamente, esta disciplina, por situarse entre la psicología y las ciencias que estudian lo social (sociología, etnología, etc.), se presenta como la más adecuada para pensar lo social como cognitivo y reconocer algo social entre las propiedades de la cognición, relacionado con el razonamiento lógico, lo afectivo y lo simbólico. De hecho, al establecer el concepto de representaciones sociales en 1961, Moscovici retomó una idea de Émile Durkheim, quien había discutido la existencia de representaciones colectivas e individuales, explicando sus diferencias.

Desde 1942, Wallon demostró la importancia de la base motriz postural e imitativa en la representaciones sociales. Después, el psicólogo suizo Jean Piaget (1950, 1962) confirmó la teoría de las representaciones sociales y se apoyó en el interaccionismo simbólico defendido por Mead y Blummer, en la psicología ingenua o del sentido común de Heider y la psicología evolutiva de Piaget.

De otro lado, Michel Foucault (1966), en una perspectiva epistemológica y de arqueología del saber, introdujo el concepto de *episteme*: una concepción del mundo que reúne diferentes paradigmas o representaciones mentales individuales, relativas a la visión del mundo, la historia y la cosmología.

También, George Herbert Mead (1863-1931), un filósofo pragmático y psicólogo social estadounidense, desarrolló una corriente de investigación denominada interaccionismo simbólico, que dio unas bases a la teoría de las representaciones sociales (Henao, 2010, p. 61). Esa corriente de pensamiento microsociológico, relacionada también con la antropología y la psicología social, busca entender la sociedad a través de la comunicación; por eso, tuvo influencia en los estudios sobre los medios. El movimiento destacó el papel del yo y de la mente en el orden social y en el simbolismo lingüístico usado por las personas para comunicarse (Henao, 2010, p. 63).

El pragmatismo tuvo una gran influencia en la obra de George Herbert Mead y en la teoría de las representaciones sociales, por las seis tesis centrales que definen ese concepto: el mundo está creado por las acciones de los sujetos; el conocimiento del mundo es utilitarista, porque se basa en lo que resulta útil y cuando algo no funciona, se altera; asume los objetos físicos y sociales según la utilidad que representan; y comprende a los actores sociales por medio de sus acciones (Henao, 2010, p. 63).

En efecto, el pragmatismo se enfoca en los conceptos de utilidad e interés, porque por medio de éste “la realidad se configura dinámicamente dentro del sujeto a través de su experiencia del mundo y su relación con la sociedad” (Henao, 2010, p. 63). Mundo, sujeto y mente no son realidades estáticas, sino procesos que interactúan entre sí; por lo tanto, la interacción con los objetos se desempeña más que todo en un plan simbólico (Henao, 2010, p. 63).

En ese plano, los sujetos están situados en un sistema de interrelaciones, experiencias compartidas, discursos y planteamientos mediados por las palabras que son, por lo tanto, símbolos por excelencia en la comunicación (Henao, 2010, p. 63).

3.1.3. *¿Teoría o hecho?*

Las representaciones sociales son el mayor concepto de una teoría desarrollada, por primera vez, en Francia por varios psicólogos sociales. En 1961, uno de ellos, Serge Moscovici, acuñó este término en su investigación sobre la recepción y la circulación del psicoanálisis en Francia.

Posteriormente, Mora planteó que “la representación social es una teoría natural que integra conceptos cognitivos distintos como la actitud, la opinión, la imagen, el estereotipo, la creencia, de forma que no sea una mera suma de partes o aglomeración acrítica de conceptos” (2002, p. 18). De ello, se destaca que si en el sentido común el concepto de teoría se refiere a una cosa hipotética e insegura, en las ciencias, una teoría se apoya en una hipótesis y está respaldada por pruebas; en la psicología cognitiva y experimental, en particular, una teoría se basa en hechos para describir fenómenos, presentar un concepto o una idea que se puede probar.

3.1.4. *Definiciones*

Las representaciones sociales representan una teorización y una conceptualización que, por ser operativos y proveer datos que permiten indagar sobre estructuras mentales por medio de una metodología de fácil acceso, ha tenido éxito y ha sido trabajado por varios autores, inclusive por fuera del campo de la psicología social; de ahí que el número de definiciones sea alto. No obstante, las divergencias son mínimas y se observa un cierto consenso en las enunciaciones.

El primer esclarecimiento llega del padre del concepto, Moscovici, para quien las representaciones sociales son:

Una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social (1961, pp. 17-18).

Por su parte, Farr (1986) indicó que las representaciones sociales aparecen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando existe el “eco” de los acontecimientos seleccionados como significativos o dignos de interés por quienes tienen el control de los medios de comunicación (p. 175). Y, parafraseando a Moscovici, recalcó que las representaciones sociales tienen una dimensión determinista que programa los comportamientos de sus portadores.

En ese orden de ideas, para Farr (1986):

Las representaciones sociales son sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios, que no representan simplemente “opiniones acerca de”, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad; sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social, y dominarlo; y segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad, proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar, sin ambigüedades, los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (p. 496).

También, en una definición amplia, Banchs (1986) definió las representaciones sociales como “formas de conocimiento ligadas al sentido común, propio de las sociedades modernas” (p. 39). Plantea que son el producto de actitudes, creencias, valores y opiniones y que sus contenidos son definidos por las normas sociales propias de cada grupo social; y agrega que emergen en el discurso espontáneo y son relevantes para comprender los símbolos, significados e interpretaciones a los cuales los seres humanos recurren para manejar los elementos de su realidad inmediata (p. 39).

De otro lado, los investigadores que redactaron el presente libro comparten la conceptualización que Marková (1996) propone de las representaciones sociales, y desde allí dieron vía al proceso de investigación. Marková retoma en su definición la interdependencia entre lo individual y lo social al afirmar que la teoría de las representaciones sociales es fundamentalmente una teoría del conocimiento ingenuo, que busca describir cómo los individuos y los grupos construyen un mundo estable y predecible, partiendo de una serie de fenómenos diversos que componen el entorno social simbólico, y estudia cómo a partir de ahí los sujetos “van más allá” de la información dada y qué lógica utilizan en tales tareas. Al mismo tiempo, ese entorno se reconstruye por medio de las actividades de los individuos, en especial, de las mediadas por el lenguaje. Así, ambos componentes de las representaciones sociales, lo social y lo individual, son interdependientes y definen fundamentalmente los fenómenos socioculturales institucionalizados, como por ejemplo las tradiciones, los paradigmas científicos o los idiomas.

Si no fuese por las actividades llevadas a cabo por los individuos, el entorno social simbólico no pertenecería a nadie y por consiguiente, no existiría como tal (Marková, 1996, p. 163).

3.2. Naturaleza de las representaciones sociales

En esta parte se cuestiona la naturaleza de las representaciones sociales, sus componentes y organización interna, y sus procesos de formación y emergencia.

3.2.1. Orígenes y fuentes de las representaciones sociales

Según Pérez (2003), un fenómeno antes desconocido, que no parece familiar, con tal de que sea relevante -por su relación con los sujetos- está inserto en procesos de comunicación que lo hacen inteligible y manejable (en relación con la objetivación y el anclaje de Moscovici), creando así una representación social (p. 21).

Una fuente importante de las representaciones sociales es la comunicación social, que reviste varias formas; entre ellas, los medios de comunicación que operan como transmisores de conocimientos, valores, modelos, informaciones e inciden en la comunicación interpersonal (Pérez, 2003, p. 21). En ésta última se destacan las conversaciones cotidianas, dado que durante dichas interacciones los interlocutores reciben y ofrecen cantidades de informaciones que determinan la estructuración de toda representación social; de hecho, estructuran el “trasfondo comunicacional” de donde surgen las representaciones sociales y que les provee una parte de sus contenidos.

Con base en su investigación sobre las representaciones sociales del cuerpo humano, Jodelet (1986) indicó que aquellas surgen a partir de cuatro fuentes globales de procedencia, que van desde lo más personal hasta lo más impersonal: la experiencia del propio sujeto, su concepto de sí mismo, lo que adquirió a través de la comunicación social y la observación (refranes y creencias populares), y los conocimientos acumulados por los medios formales, como los estudios, las lecturas, la profesión y demás.

Mientras que, a juicio de Umaña (2002), las representaciones sociales se constituyen por fuentes variadas: el trasfondo cultural construido históricamente de creencias compartidas, valores básicos y referencias culturales y de la historia conformando la memoria colectiva y la identidad de la sociedad; los mecanismos de anclaje y objetivación, surgidos de la dinámica de las representaciones sociales; y el conjunto de prácticas compartidas que se encuentran relacionadas con los diversos modos de comunicación social, pues es en ese proceso donde principalmente se origina la construcción de las representaciones sociales (pp. 33-34).

Se puede añadir que el fondo cultural, como experiencia acumulada por la humanidad, asume sus particularidades en cada contexto socioeconómico concreto (Pérez, 2003, p. 20). Las tradiciones, valores, normas y creencias se configuran en cada sujeto con expresiones de la memoria colectiva y se materializan en el lenguaje que vehicula este bagaje cultural crucial para la formación de las representaciones sociales.

Por lo tanto, es necesario, al referirse al contexto sociocultural que determina una representación, tomar en cuenta las condiciones ideológicas, históricas y económicas de donde emergen y se desarrollan las representaciones sociales. De la misma forma, al analizar el origen de una representación social, los investigadores deben observar la inserción social de los individuos y grupos, es decir, la pertenencia de los individuos a grupos, organizaciones e instituciones con las cuales interactúan y las prácticas sociales adoptadas. Eso modifica o transforma las condiciones de vida de una sociedad y provoca reelaboraciones, transformaciones y cambios en los conceptos de los objetos sociales (Pérez, 2003, pp. 20-21).

A juicio de Moscovici (1979), la emergencia de las nuevas representaciones sociales es determinada por sus contextos de producción, que algunas veces son momentos de crisis y conflictos; al respecto, identificó tres condiciones para dicho surgimiento: la focalización del sujeto individual y colectivo, la presión a la inferencia del objeto socialmente inferido, y la dispersión y la información. Páez (1987) coincide diciendo que lo relacionado con situaciones conflictivas, como las que se presentan por valores ideológicos, son condiciones propicias para la ocurrencia de representaciones sociales.

Los recursos de la mayor parte de las personas para responder a una pregunta o formar una idea a propósito de un objeto preciso son, generalmente, insuficientes y superabundantes a la vez (Moscovici, 1979, pp. 176-177). Ello se debe a la *dispersión de la información*, es decir, al hecho que los datos estén desordenados y a que aquellos nunca son suficientes, dado que el sujeto no tiene la información relevante o existente al respecto de un objeto (p. 177).

Por el hecho de estar implicados en la interacción social y de generar opiniones e informaciones que actúan como datos que conmueven los juicios o conceptos, los individuos y grupos se enfocan en ciertos aspectos de los objetos; algo que Moscovici (1979) nombró como *focalización*. Igualmente, identificó que la vida cotidiana y sus relaciones sociales exigen de los individuos y los grupos respuestas como opiniones, posturas y acciones frente a los hechos de interés público, y a esto lo denominó como *presión a la inferencia*.

De su lado, Páez (1987) afirmó que las representaciones sociales surgen frente a objetos, procesos o hechos sociales que piden normalización, transformación, ajuste, para llegar a ser algo conocido y concreto o explicar lo que resulta negativo. Mientras que, según Jodelet (1984, 1986), para que un objeto o hecho social sea visto como un

objeto de representación, son necesarias dos condiciones: que este hecho aparezca en las conversaciones cotidianas y esté presente en los medios de comunicación, y que haga referencia a los valores.

Finalmente, y en síntesis, Elejabarrieta (1991, pp. 223-248) postuló que hay tres grandes tipos de objetos susceptibles de dar luz a un proceso representacional: primero, las ideas, teorías y objetos científicos útiles en la vida cotidiana; segundo, los elementos míticos o mágicos y la imaginación cultural relevantes para los grupos sociales en sus contextos; y tercero, los acontecimientos significativos y las condiciones sociales en los que Moscovici percibe “discutibilidad social”, a modo de polémicas particularmente relevantes para algunos grupos y contextos.

3.2.2. Proceso de formación: objetivación y anclaje

3.2.2.1. Objetivación

Moscovici (1961) aseguró que la dinámica de formación de las representaciones sociales está constituida por dos fases: objetivación y anclaje. La objetivación se refiere a la forma según la cual el sujeto se apropia de objetos y conceptos antes desconocidos; proceso que conduce a “la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él lo invisible se convierte en perceptible” (Umaña, 2002, p. 35).

Ese proceso de objetivación implica, a su vez, tres fases (Jodelet, 1984). Primero, la construcción selectiva: el sujeto retiene de forma selectiva ciertos elementos y después los organiza; escogencia que se realiza según criterios culturales y normativos (Umaña, 2002, p. 35). Segundo, el esquema figurativo o esquematización estructurante: en esta fase “el discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras” (p. 35), y las ideas abstractas se convierten en formas icónicas. Moscovici (1979, 1981, 1984a, 1984b) denominó como “núcleo figurativo” a esas imágenes estructuradas, porque se trata de una simplificación que permite a los sujetos manipular los conceptos y usarlos en conversaciones. Tercero, la naturalización: corresponde a la transformación de un concepto en una imagen, proceso durante el cual se despegas de su carácter simbólico arbitrario y se transforma en una realidad con existencia autónoma (Umaña, 2002, p. 35).

3.2.2.2. Anclaje

El anclaje, al igual de la objetivación, transforma lo extraño en familiar, es decir, lo desconocido en conocido; pero si la objetivación tiene por propósito restringir la incertidumbre frente a los objetos -por medio de una mutación simbólica e imaginaria sobre ellos-, el proceso de anclaje se diferencia de éste en la medida en que permite la incorporación de lo desconocido en una red de categorías y significaciones (id., p. 36). Al respecto, Moscovici refiere que el anclaje

es el mecanismo que permite afrontar las innovaciones o la toma de contacto con los objetos que no son familiares. Utilizamos las categorías que nos son ya conocidas para interpretar y dar sentido a los nuevos objetos que aparecen en el campo social. (Moscovici, 1976).

De acuerdo con Umaña (2002), ese proceso se realiza a través de dos modalidades:

La integración del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente, y la instrumentalización social del objeto representado, correspondiendo a la inserción de las representaciones sociales en la dinámica social, convirtiéndose en referentes que sirven de apoyo para la comunicación y la comprensión (p. 36).

3.3. Las dimensiones de las representaciones sociales

Según Mora (2002, p. 10), las representaciones sociales tienen tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

- a) La información. Corresponde a la estructura o suma de saberes que tiene un grupo en relación con un hecho o fenómeno. Estos conocimientos se pueden caracterizar por su cantidad y calidad, su carácter estereotipado o difundido, y su trivialidad u originalidad (Moscovici, 1979, p. 45).
- b) El campo de representación. Esta dimensión se refiere a la manera como se configuran -jerarquizan y organizan internamente- los elementos constitutivos de las representaciones sociales. Aquél está conformado por las opiniones, actitudes, creencias, imágenes, valores y vivencias presentes en una misma representación social; se organiza alrededor del esquema o núcleo figurativo que ha ido constituyéndose sólidamente en el proceso de objetivación; y cumple, también, un rol organizador para el contenido de la representaciones sociales, dado que atribuye peso y significación a los demás elementos del campo de la representación (Umaña, 2002, p. 41).
- c) La actitud. Esta dimensión corresponde a la disposición del sujeto frente al objeto de la representaciones sociales, es decir, su orientación favorable o desfavorable; por lo tanto, este componente es el que más influencia tiene sobre los comportamientos y la motivación, y es, aparentemente, una dimensión fácil de estudiar por su carácter fáctico (Mora, 2002, p. 10).

3.4. Tipos de representaciones sociales

Moscovici ha descrito tres tipos de representaciones sociales: las hegemónicas, que se caracterizan por un alto grado de consenso entre los miembros del grupo y tienden a corresponder con las representaciones colectivas tales como son concebidas por Durkheim (1898); las emancipadas, que no tienen un carácter hegemónico ni homogéneo, y se encuentran divididas en subgrupos específicos que elaboran nuevas formas de pensamiento social; y las polémicas, que surgen grupalmente, bajo formas de pensamiento discordantes, en situaciones de conflicto o de controversia frente a hechos u objetos sociales (1988).

Por su parte, Duveen & Lloyd (1990a) presentan en su libro sobre representaciones sociales una perspectiva genética de aquellas. Ambos identificaron tres tipos de origen de las representaciones sociales: la sociogénesis, la ontogénesis y la microgénesis. Como en el estudio pionero de Moscovici -sobre la percepción del psicoanálisis en Francia-, la sociogénesis se refiere a la emergencia de las representaciones sociales como constructo social, y la ontogénesis ocurre cuando las personas hayan nuevas representaciones sociales para participar en la vida de un grupo en este proceso, los sujetos re-construyen las representaciones sociales y elaboran identidades sociales particulares (1990b, p. 7).

Mientras que el término de microgénesis se refiere a la emergencia de las representaciones sociales durante interacciones sociales, cuando las personas se encuentran, discuten, resuelven conflictos y se comunican de forma general. Durante esas interacciones sociales, los sujetos adoptan identidades sociales particulares, basadas en representaciones sociales previamente elaboradas y negociadas (Duveen & Lloyd, 1990b, p. 8).

3.5. Funciones de las representaciones sociales

Sandoval (1997) señaló que las representaciones sociales tienen cuatro funciones: la valoración, para calificar o enjuiciar hechos; la comunicación, que permite las interacciones y la creación y recreación de las representaciones -de hecho, para que las personas puedan comunicar, necesitan compartir un mismo trasfondo representacional-, la comprensión, que permite pensar el mundo y sus relaciones; y la actuación, determinada por las mismas. A juicio de Farr (1986), las representaciones sociales tienen una doble función: "Hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible" (p. 496), dado que lo que se le presenta al individuo como algo insólito o desconocido es percibido como una amenaza por no tener una categoría donde insertarlo.

Y para Tajfel (1978), las representaciones sociales responden a tres necesidades: justificar acciones realizadas o futuras contra otros grupos; diferenciar un grupo de los demás cuando esta distinción pareciera desvanecerse; y clasificar y comprender hechos dolorosos y complejos. En otros términos, la función de las representaciones sociales es manipular los hechos y su interpretación al servicio de su propio interés en las comparaciones entre grupos. Es así como, Páez (1987) las resume como causalidad, justificación y diferenciación social.

Según ese último autor, las representaciones sociales cumplen varias funciones, teniendo en cuenta cuatro de sus características esenciales. Primero, escoger y enfocarse en algunos aspectos relevantes del discurso ideológico. Segundo, deconstruir estos rasgos en categorías sencillas, naturalizando y objetivando los conceptos que se refieren al sujeto en grupo. Tercero, “construir un ‘mini-modelo’ o teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno, a partir del discurso ideológico que impregna al sujeto”. Y cuarto, el proceso reproduce y reconstruye la realidad dándole sentido y buscando una guía operacional para la vida social y la resolución de los conflictos y problemas (Páez, 1987, pp. 316-317).

Por su parte, Abric (1994) sistematizó las funciones de las representaciones sociales en cuatro funciones básicas: de conocimiento, identitaria, de orientación y justificatoria.

1. Función de conocimiento: las representaciones sociales permiten que los sujetos comprendan y expliquen la realidad, e integrar nuevos conocimientos en sus esquemas cognitivos y de valores. Por otro lado, aquellas cumplen la función de permitir y facilitar la comunicación social, dado que definen el marco de las referencias comunes que posibilitan el intercambio social, la difusión y la transmisión de los saberes.
2. Función identitaria: las representaciones sociales juegan un papel fundamental en la definición y configuración de la identidad de los individuos y de los grupos sociales, pues permiten que individuos y grupos se sitúen en el contexto social, construyéndose una identidad social y personal gratificante (Pérez, s.f.).
3. Función de orientación: las representaciones sociales actúan como matriz de los comportamientos y de las prácticas, orientándolas y guiándolas, porque proveen las bases sobre las cuales los sujetos elaboran sus acciones. Además, definen la finalidad de una situación y crean un “sistema de expectativas y anticipaciones a través de una selección de informaciones que permiten la interpretación de la realidad. Igualmente, determinan lo que es tolerable y lícito en cada contexto social” (Pérez, s.f.).
4. Función justificatoria: las representaciones permiten explicitar y dar sentido, posteriormente, a una toma de posición o un comportamiento, y explicar una conducta o una acción de los participantes de una situación (Pérez, s.f.).

Además de sintetizar las funciones de las representaciones sociales como evaluativas, orientadoras, explicativas y clasificatorias, Pérez (s.f.) añadió dos: la sustitutiva, según la cual las representaciones sociales cumplen la función de imágenes que rempazan una realidad dada y, al mismo tiempo, contribuyen a la elaboración del conocimiento sobre dicha realidad; y la icónico-simbólica, la cual establece que las representaciones sociales permiten que un objeto, acontecimiento o fenómeno de la realidad social sea hecho presente mediante los símbolos o imágenes que la sustituyen. Desde ese punto de vista, se puede decir que las representaciones sociales son como una práctica teatral, una “re-presentación” de la realidad, dado que la recrean de forma simbólica.

3.5.1. ¿Por qué estudiar las representaciones sociales de profesionales?

En primer lugar, tal como lo plantea Araya, “emprender estudios acerca de las representaciones sociales de un objeto social permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social” (2002, p. 12). En efecto, desde un punto de vista constructivista, fenomenológico y etnometodológico, estudiar las representaciones sociales de un grupo permite entender sus pensamientos, lógicas y comportamientos, pues en la gran mayoría de los casos estos últimos se apoyan sobre una “construcción social de la realidad” (Berger & Luckmann, 1966) y, por lo tanto, sobre representaciones sociales construidas como valores, filosofía y experiencias de vida.

Finalmente, se puede decir, con Abric (2001) y en una analogía con la gramática universal de Chomsky (1968), que las representaciones sociales constituyen la gramática de los comportamientos, pues al ser el producto de la aprehensión que los individuos hacen de la realidad, actúan como la matriz de las acciones individuales y grupales. Por lo tanto, en el marco de este proyecto de las prácticas profesionales frente a las adicciones comportamentales, estudiar las representaciones sociales se presenta como una puerta de entrada, particularmente relevante, para entender esas prácticas; además, para deducir, con cierta precisión, cuáles son las prácticas de los profesionales que intervienen las adicciones comportamentales.

3.6. Representaciones sociales de las adicciones comportamentales

Al hacer un revisión de la literatura, los trabajos sobre las representaciones sociales de las adicciones comportamentales parecen no existir y los investigadores responsables del presente texto, declaran aquí que no se halló un solo referente bibliográfico

similar al estudio propuesto; esto posiblemente se debe a que es un foco de interés científico muy reciente y es entendible porque el concepto de adicciones comportamentales no ha recibido aún mucha atención de los investigadores.

Lo que la revisión bibliográfica ha permitido encontrar son varios trabajos sobre representaciones sociales relacionadas con drogas y adicciones, tales como el estudio de Henao (2010) sobre las representaciones sociales de las drogas en la Universidad de Antioquia o el estudio de Gouveia & Pires (2006) sobre las representaciones sociales del alcoholismo y de la drogodependencia.

3.7. Adicciones comportamentales

La problemática de las conductas adictivas es más compleja y va más allá del uso, abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas legales o ilegales, ya que incluye un variopinto de conductas y de “objetos adictivos”, tales como: la ludopatía, algunos tipos de trastornos alimentarios, la compra compulsiva, las conductas sexuales compulsivas, las relaciones sociales dependientes, la dependencia de Internet y a las tecnologías de información y comunicaciones (TIC), a la vigorexia, la ergomanía, adicción al riesgo, entre otras (Echeburúa, 1999).

3.7.1. Definiendo las adicciones comportamentales

Las adicciones comportamentales están definidas mediante términos como: adicciones sin droga, adicciones no químicas, adicciones sociales, adicciones de conducta, socio-adicciones, adicciones psicológicas o adicciones atípicas, pero independiente del término con que sean rotuladas, lo que sí se observa es que en la contemporaneidad están en un sitio de interés cada vez mayor entre los profesionales de las ciencias humanas, las ciencias sociales y las ciencias de la salud que se ocupan de ellas como simples interesados o expertos.

Las adicciones comportamentales irrumpen en el discurso social, en el contexto académico, en la investigación y en los medios de comunicación, en las últimas décadas del siglo XX y en las dos iniciales del siglo XXI, protagonizando grandes titulares como noticias destacadas en el ámbito socio-cultural y científico, por su ya reconocida capacidad de afectación a la salud integral de los seres humanos planetarios, erigiéndose conjuntamente con las adicciones químicas en verdaderas pandemias.

Se ve con claridad que este tipo de conductas adictivas comportamentales es un campo de preocupación científica muy amplio y complejo, cuyos límites están aún difusos, pues aún es un fenómeno relativamente poco estudiado, y esta afirma-

ción cobra mayor relevancia, si se compara con los amplios estudios de las llamadas adicciones químicas y de la farmacodependencia, las cuales han sido profusamente estudiadas y delimitadas científicamente.

En las últimas cuatro décadas, el concepto de adicción se entiende como un fenómeno amplio y complejo que abarca una multiplicidad de conductas, esta concepción se ha ido extendiendo desde Europa y Norteamérica, y desde estas latitudes hacia Latinoamérica y todo el mundo global contemporáneo, proporcionando algunas ventajas para la comprensión de esta problemática realidad humana.

Realmente, con el avance en los estudios, cada vez se tiene una visión más amplia del fenómeno adictivo; aunque existen críticos para avanzar en esta vía, con el pasar del tiempo, se cuestiona menos la necesidad de englobar en la categoría “adicción”, realidades tan diversas como las adicciones químicas y las comportamentales. Esto se ve claramente acuñado por Becoña & Cortés, cuando afirman que:

Una adicción consiste en una pérdida de control de la persona ante cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta, etc. Aunque se han propuesto distintos tipos de adicciones, hoy podemos diferenciarlas en dos grandes grupos: aquellas producidas por sustancias químicas y aquellas producidas por conductas. Serían las adicciones químicas y las adicciones comportamentales (2011, p. 26).

3.7.2. Criterios para identificar las adicciones comportamentales

En los últimos casi tres lustros del siglo XXI, autores que han trabajado en torno a las adicciones donde no hay ingesta de sustancias psicoactivas, han llegado a consensos, estos son los principales:

El sujeto adicto siente un deseo ante el que no se puede oponer, por ello se ve empujado a realizar la conducta adictiva, como por ejemplo: comprar productos compulsivamente, conectarse recurrentemente a la red, entrar en contacto con los juegos de azar de manera reiterada; y con pérdida paulatina del control sobre el acto compulsivo.

Una vez iniciada la conducta adictiva que presenta el sujeto, se produce una sensación de pérdida de control y dificultad para ponerse límites, pues continua dedicándole un tiempo cada vez más amplio del previsto de antemano; ello se manifiesta en la incapacidad de ponerle fin al ritual adictivo, a pesar de hacer intentos iniciales de establecer medidas para no realizar la actividad que vive de manera incontrolada (Rojo et al., 2012).

Con el progreso en el tiempo, aparecen en la vida del adicto comportamental consecuencias negativas relacionadas con su adicción, que se manifiestan como problemáticas asociadas, entre éstas las más comunes: problemas afectivos o de pareja, dificultades familiares, problemas en los planos educativo, económico, laboral, social e incluso legales, y a pesar de su presencia, el adicto no es capaz de suspender con éxito la actividad, aunque intente infructuosamente hacerlo.

Con el gradual progreso de la conducta adictiva, ésta pasa a ocupar cada vez sitios más importantes en la existencia de la persona, ya que desplaza intereses subjetivos de alta importancia para su desarrollo humano y otras actividades del diario vivir que hacen su cotidianidad funcional, hasta llegar a descuidar los aspectos más cruciales de su proyecto de vida como las responsabilidades formativas, de ocio y tiempo libre, familiares, sociales o laborales, incluso descuida su aspecto personal, los hábitos de alimentación o de sueño se descompensan, todo ello sucede a tal grado que la conducta adictiva penetra y afecta todas las facetas de la existencia de la persona, poniendo en riesgo su bienestar físico y mental, y perturbando las relaciones interpersonales y funcionales.

Al proceso adictivo suele ir aparejado, en sus diferentes fases de desarrollo, lo que se denomina “negación del problema”, que consiste en que el adicto no reconoce que muchos asuntos de su proyecto existencial van mal, y a pesar de los cambios dramáticos y problemáticos ocurridos en su vida, y aunque otras personas de su entorno cercano lo perciban y se lo hagan saber, el sujeto adicto se sostiene en la negación, e incluso se comporta igual que un alcohólico/a o un(a) toxicómano/a, refutando la dependencia del objeto adictivo mediante expresiones como “puedo dejarlo cuando quiera”. Estas personas que presentan una o más conductas adictivas químicas o comportamentales, esconden su incapacidad frente al objeto adictivo auto engañándose y pensando que todo está bajo control.

De manera sistemática y a medida que la adicción va colmando y opacando aspectos importantes en la vida del adicto, surgen otras transformaciones y circunstancias cada vez más problemáticas. Unido a lo anterior, se encuentra que toda conducta adictiva -química o comportamental- propicia al inicio placer para la persona que comienza el ciclo adictivo, pero con su evolución y progresión, lo que otrora era placer se torna en displacer, sensación de malestar, desasosiego o incluso sufrimiento, que solo se calma con la repetición de la conducta adictiva; por ejemplo: jugando y apostando en el caso de un ludópata, comprando para un comprador compulsivo, haciendo ejercicio para un vigorético; de esta forma, los adictos “alivian el malestar” o el sufrimiento, pero luego éste se va sustituyendo poco a poco por el placer inicial, o sea se termina ejecutando el acto adictivo para no sufrir, para paliar la angustia causada por

el síndrome de abstinencia, que se presenta de variadas formas dependiendo del tipo de conducta adictiva, de la intensidad y de la fase de la adicción en la que se encuentre el adicto comportamental.

Otro cambio o nueva situación que se genera en el sujeto adicto, es el hecho de que él necesita aumentar la dedicación de tiempo para el mantenimiento de la conducta adictiva, lo que provoca un incremento de su intensidad o su frecuencia, pues para obtener el efecto deseado, ante la disminución de la exposición frente al efecto placentero de la conducta adictiva, repite el comportamiento de manera sistemática; esto es lo que se conoce con el término de tolerancia, y que funciona igual para las adiciones químicas y comportamentales (Madrid Salud, 2011a).

3.7.3 Etapas del proceso adictivo comportamental

También en la literatura experta sobre las conductas adictivas comportamentales, se encuentran unas clasificaciones sobre los diferentes momentos, estadios o fases por los que pasan los sujetos afectados por la conducta adictiva, una de estas taxonomías (Madrid Salud, 2011a) propone tres etapas: inicial, intermedia y avanzada, que a continuación se presentan:

3.7.3.1. Etapa inicial

En este momento de la conducta adictiva se establece el hábito comportamental, en el que se producen ciclos o fases de descontrol; por ejemplo, la persona dedica mucho más tiempo o recursos económicos para jugar en el casino de lo que inicialmente se había planteado, se queda más horas de las planeadas y gasta más dinero del que previo, incluso recurre a su tarjeta de crédito porque se gastó el efectivo. Simultáneamente, el deseo de ejecutar la conducta ocupa cada vez más sus cogniciones y el individuo explora diferentes alternativas para dedicarse con intensidad al acto adictivo.

Todos estas modificaciones sustanciales en su comportamiento, producen transformaciones importantes en sus ritmos y estilos de vida, que son detectadas por las personas de su entorno cercano, ya que el sujeto adicto se va despreocupando sistemáticamente de las actividades que anteriormente realizaba o de las personas que frecuentaba y de las relaciones interpersonales, familiares o sociales que reforzaban su proyecto existencial funcional, y solo privilegia aquellas que compaginan con la conducta adictiva. A consecuencia de lo anterior, comienzan a emerger variantes psíquicas tales como: el nerviosismo, la irritabilidad, los cambios de humor, que son notados como atípicos por personas cercanas relacionalmente con el sujeto que presenta la adicción comportamental (Madrid Salud, 2011a).

3.7.3.2. *Etapa intermedia*

Se identifica por el aumento de la pérdida de control por parte del sujeto sobre la conducta adictiva comportamental, que está relacionada con el desapego más notable y gradual del entorno en el que habita. Asociado a estos cambios, se produce acentuación de la negación del problema por parte del afectado por la conducta adictiva ya implantada, lo cual lo(a) lleva a no reconocer que existen situaciones que le plantean con claridad que ya la problemática adictiva se ha establecido y que va avanzando dramáticamente. Una de las falsas “salidas” que intenta el adicto de cara a la problemática es el aislamiento, y esto se manifiesta en la distancia en las relaciones interpersonales que hacen parte de su entorno emocional y social, pues comparte con éstas cada vez menos actividades en común y simultáneamente trata de esquivar el enfrentarse con lo que evidentemente ya es una conducta adictiva problemática, difícil de camuflar por su incrementada intensidad, sus signos y síntomas visibles.

En esta fase emergen problemas en otros ámbitos del proyecto existencial del sujeto; por mencionar alguno: bajas en el rendimiento escolar o el laboral, pues la conducta adictiva impide el pertinente desempeño del sujeto en estos ámbitos, en el que se presenta incumplimiento de responsabilidades importantes que impiden la realización de las metas de su proyecto de vida presente y futuro. En ocasiones, estos problemas son signos de una marcada disfuncionalidad, pues “suenan” la voz de alarma y paradójicamente le señalan al propio sujeto, al entorno psicoactivo o la familia, la necesidad de tomar conciencia de la situación de alto riesgo en la que está el adicto y muestran -en el mejor de los casos- que necesita ayuda, que debe pensar en las posibles soluciones para su condición adictiva. Esta toma de conciencia y de necesidad de cambio es la que evitará que la adicción continúe progresando a la siguiente fase y le permitirá posiblemente ingresar a un tratamiento (Madrid Salud, 2011a).

3.7.3.3. *Etapa avanzada*

Como sucede en toda conducta adictiva química o comportamental, cuando no se pone límite en las etapas iniciales, continúan la escalada, y la dedicación a la conducta se hace más y más intensiva y problemática, a veces hasta poner en riesgo la salud física y mental del adicto, ya que el hábito ha tomado casi todos los espacios personales, ocupando el tiempo que incluso emplea para desarrollar los repertorios de autocuidado básicas como: alimentarse, tomar un baño, dormir el mínimo de horas necesarias vitales, hacer ejercicio, tener actividades de ocio y tiempo libre sanas o descansar.

Las adicciones comportamentales en esta fase aíslan todo otro tipo de actividad o necesidad o repertorio vital o de salud mental, incluso, se ven relegadas las actividades fisiológicas y psíquicas básicas, que quedan supeditadas a la actividad objeto de adicción, produciendo abandonos importantes en otras áreas indispensables para un desempeño básico del sujeto. En este momento de la lógica adictiva, la capacidad de cognición y cuestionamiento de la precariedad del individuo frente a la adicción comportamental, se ve obnubilada por el objeto- adictivo causa de la dependencia del adicto, y a pesar de que este sujeto intente abandonar su comportamiento adictivo, fracasa, no tiene éxito y queda atrapado en la círculo vicioso compulsivo-adictivo.

Esta etapa genera mucho sufrimiento e impotencia en el adicto, pues suelen aparecer problemas de todo tipo: los económicos, en las relaciones psicoactivas -muy graves- con la pareja, la familia, los amigos, los compañeros de estudio o de trabajo, pues a esta altura de la conducta adictiva ha abandonado las responsabilidades más importantes para el aseguramiento y realización del proyecto de vida, lo único que ha intentado es ocultar su problema, y por ello miente sobre las condiciones en las que está, a las personas más cercanas e incluso, se autoengaña.

Los síntomas adictivos anteriores van acompañados de la afectación a la autoestima y del incremento de los sentimientos de culpa que no lo suelen abandonar en esta etapa avanzada, lo cual se constituye en un nuevo escollo para abandonar la conducta adictiva, pues es vivida como el único refugio posible frente a un intenso sufrimiento psíquico. Esta fase se denomina también como la de “tocar fondo”, y en ocasiones es el inicio de la salida del problema, pues permite al sujeto reconocer que está negando su problema, y esto le posibilita identificar la magnitud de su adicción y pedir o aceptar ayuda (Madrid Salud, 2011a).

3.8. Problemáticas asociadas a las adicciones comportamentales

Todas las conductas adictivas afectan el entramado integral del ser humano y todos sus planos biológico, psicológico, social y cultural, llevando a alterar su normal funcionamiento y precipitando la aparición de problemáticas asociadas, entre ellas:

- ✘ Problemáticas fisiológicas: incluyen dificultad para descansar o para relajarse, estrés, ansiedad, deterioro del estado general, alteraciones de la alimentación, del sueño o inmunitarias, y demás.
- ✘ Problemáticas cognitivas: como pensamientos distorsionados, pensamiento mágico, ideas obsesivas, razonamiento restringido, pobre o nulo, entre otras.

- ✘ Problemáticas psíquicas y psicopatológicas: cambios bruscos de conducta, cambios de humor, irritabilidad, agresividad, empobrecimiento afectivo, descompensaciones neuróticas o psicóticas, confusión mental, alteraciones en la percepción de la realidad, intenso sentimiento de culpa, ideas suicidas, estados de ansiedad, y más.
- ✘ Problemas con el entorno social: conflictos derivados de la desatención de las responsabilidades familiares, laborales o sociales, aislamiento, disminución o desaparición de actividades de ocio saludables, alteraciones en la sexualidad, desmotivación y/o bajo rendimiento en el trabajo o estudios, pérdida de relaciones significativas, rupturas familiares, problemas económicos, actuaciones delictivas con sus consecuencias legales o judiciales, entre otros (Madrid Salud, 2011b, p. 2).

En varias de estas características coinciden los adictos comportamentales con los químicos, tal como lo plantea la investigación de Zapata, Torres y Montoya (2011).

3.9. Factores de riesgo asociados

Dentro de las circunstancias que se identifican como precipitadoras o acompañantes de las adicciones comportamentales aparecen con gran impacto las siguientes:

- ✘ La inmadurez.
- ✘ La baja autoestima.
- ✘ La impulsividad.
- ✘ La baja tolerancia a la frustración y a los estímulos displacenteros.
- ✘ La inestabilidad emocional.
- ✘ La tendencia al aislamiento.
- ✘ La introversión.
- ✘ Las dificultades de comunicación.
- ✘ Experiencias negativas o traumáticas anteriores.
- ✘ Fracaso escolar continuado.
- ✘ Los conflictos a nivel familiar o laboral.
- ✘ La presencia de cuadros psicopatológicos diversos.
- ✘ Trastornos del estado de ánimo (Madrid Salud, 2011b, p. 2).

3.10. Tipos de adicciones comportamentales

En este apartado se presentan las adicciones comportamentales más reconocidas actualmente en el medio académico y científico colombiano, para aportar a su conocimiento, comprensión y para que sirva de base a los interesados en formarse para entender e intervenir este tipo de conductas adictivas.

3.10.1. Ludopatía¹

El juego se ha considerado inofensivo en su práctica cotidiana; no obstante, se reconoce problemático cuando es realizado de manera impulsiva y obsesiva, acaecimiento que se ha presentado desde épocas históricas:

Desde 2000 años AC, los juegos de azar han estado presentes en numerosas civilizaciones antiguas –tales como la egipcia, griega y romana– donde se les consideraba una de las principales pasiones de las clases más altas. Inclusive, se conoce la adicción de emperadores romanos como Augusto y Claudio (Bisso-Andrade, 2007, p. 64).

En la actualidad, el juego patológico no es un problema que solo presentan los adultos, también es propio de jóvenes y niños, quienes probablemente en un momento temprano de su vida se iniciaron con videojuegos en sus casas o en lugares aledaños al colegio o en el barrio. Solo para plantear un panorama, posteriormente las actividades “lúdicas” del niño y del joven pueden evolucionar en su adolescencia y llegar a las apuestas de poco dinero en juegos de azar (cartas, parques y dados); en caso de que la adicción progrese, podría suceder que durante la juventud acuda a los negocios en donde se encuentran las máquinas conocidas como “tragamonedas”; o que su compulsión aumente hasta pasar a los casinos y gastar allí altas sumas de dinero, incluso adquiriendo deudas y comenzando a fallar en sus pagos; también es factible que en su estilo de vida aparezcan disfuncionalidades que fueron afectando su familia, la pareja, la universidad y el trabajo. Todas estas problemáticas, ya se constituían en signos de una conducta adictiva.

La descripción anterior es únicamente una muestra de cómo puede ir evolucionado una conducta adictiva comportamental; a lo que hay que agregar que esta patología no distingue entre clases bajas, medias o altas, pues se apodera de las prácticas de aquellas personas que cuentan con un déficit en el control de los impulsos; Bisso-Andrade la describe así:

¹ Este apartado fue elaborado por la Psicóloga estudiante de la Maestría en Adicciones y Auxiliar de la presente investigación: Yein Alexa Muñoz Londoño, con la asesoría del Psicólogo Magister César Augusto Jaramillo Jaramillo, Co-investigador.

La ludopatía produce en el que la padece una extraña atracción que le conduce, de manera impulsiva y descontrolada, a jugar cantidades desmesuradas de dinero que siempre acaba perdiendo. El afán por jugar lo conduce a pedir dinero prestado y comienza así un círculo de deudas, noches de juego y decadencia del que es muy difícil salir (2007, p. 66).

Según las investigaciones acerca de este tipo de ludopatías ligadas a los juegos de azar, los jugadores por lo general tienen una percepción errónea acerca de la relación con el juego, consideran que:

El juego de azar es una conducta normal, que sin embargo, cuando conlleva una apuesta económica y concurren diversos factores biopsicosociales, puede desarrollar caracteres patológicos, con gravísimas consecuencias para el/la adicto(a) y su entorno. Esta posible transición entre lo lúdico y lo patológico se considera imperceptible e impredecible, surgiendo mayoritariamente entre los jóvenes, siendo su evolución variable en función de las características personales y contextuales (Villoria, 2003, p. 45).

Otras características del ludópata las describe claramente Palacios (2006, p. 229):

- ✘ Obsesión por jugar y conseguir dinero para seguir jugando.
- ✘ Juega más cantidad de dinero o dedica más tiempo al juego del que había planeado.
- ✘ Tiene necesidad de aumentar la magnitud o frecuencia de la apuesta para conseguir la excitación deseada.
- ✘ Intranquilidad o irritabilidad cuando no puede jugar.
- ✘ Pérdida repetida de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperarlo.
- ✘ Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.
- ✘ Continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas acumuladas.
- ✘ Tiene problemas de abstinencia cuando no puede jugar.
- ✘ Utiliza la mentira para esconder el problema.
- ✘ Comienza a tener problemas en su vida laboral y familiar.

Aunque existen también los conocidos como “jugadores problema”, que sin que presenten ludopatía en sentido estricto, se dedican excesivamente a la práctica de los juegos de azar, lo cual los ubica como sujetos en un alto riesgo de sufrir la conducta de adicción ya consolidada.

Los trastornos mentales asociados a la ludopatía son considerados como un problema grave de salud pública, según Muñoz (2008). En ella también inciden los “diversos factores tanto de riesgo/desencadenantes como mantenedores, que invo-

lucran incluso los planos sociales y estructurales de una nación” (2008, Welte, Wiczorek, Barnes & Tidwell, 2006; Johansson, Grant, Kim, Odlung & Götestam, como se citó en Goffard, 2008, p. 2).

La adicción comportamental al juego presenta algunas características parecidas a las de las adicciones químicas, como por ejemplo, el desarrollo del síntoma patológico tolerancia, signo clínico que alude a la necesidad del aumento de la “dosis” de la actividad adictiva, a fin de generar los efectos iniciales que se tenían con “dosis” menos frecuentes, en este caso, de la práctica de juego; o en otras palabras, mayores espacios de tiempo y más recursos invertidos en la actividad de ludopatía; explica Goffard (2008) que las personas tienden a “jugar más dinero y a situaciones de mayor riesgo económico; ya que, como bien apunta Chóliz (2006) ‘la calidad o intensidad del refuerzo es cada vez menor’” (p. 3).

También las ludopatías presentan problemáticas asociadas, principalmente referidas a la relación de pareja, la familia y el trabajo, que podrían ser originadas por los horarios de llegada a casa, en el caso de la familia, o por las repetidas ausencias en el trabajo, que en última instancia posiblemente llevan a crisis en las relaciones de pareja, al rompimiento de los lazos familiares y a la quiebra de la economía familiar que afecta a los demás miembros (Goffard, 2008).

Aunado a lo anterior, el sujeto que presenta conducta adictiva en una fase avanzada se va afectando en varios aspectos de su salud mental. Por ejemplo, si es estudiante universitario, comienza a presentar bajos desempeños académicos, decide no asistir a clase, incumple con trabajos académicos y consecuencia de esto, pierde asignaturas y probablemente fracasa en un semestre e incluso, abandona la formación profesional. Así, la conducta adictiva va afectando todas las áreas funcionales del sujeto impactando lo personal, lo relacional, lo familiar, lo comunitario, hasta afectar lo social y desestabilizar el proyecto de vida del ludópata afectado.

La ludopatía es un trastorno de conducta que aparece clasificado por primera vez como una entidad nosológica propia y con criterios diagnósticos específicos en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980, citado por Echeburúa, Amor, y Yuste, 2000), y continúa apareciendo en las ediciones posteriores del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994 citado por Echeburúa, Amor, y Yuste, 2000), las cuales incluyen a la ludopatía “en el capítulo de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, junto con la cleptomanía, la piromanía, etc.” (Echeburúa, Amor, y Yuste, 2000, p. 64).

Estas clasificaciones son indispensables para elaborar un dictamen; en él es necesario tener claro cuáles son los criterios para el diagnóstico del juego patológico, por lo que se recomienda retomar lo publicado en DSM-V y en el CIE-10. A propósito de éste último, se muestran los que propone el CIE-10, que son ilustrativos para entender el funcionamiento de esta problemática adictiva:

- ✘ Tres o más periodos de juego durante un periodo de al menos un año.
- ✘ Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria.
- ✘ Incapacidad para controlar las urgencias para jugar, combinado con una incapacidad de parar.
- ✘ Preocupación por el juego o las circunstancias que lo rodean (Domínguez, 2009, p. 9).

Existen algunos factores de riesgo que pueden estar presentes e implicados en el desarrollo o no de la ludopatía, pero del mismo modo que en las adicciones químicas, no se podría hablar de una sola causa sino de multifactores a los que parecen asociados características como: rasgos de personalidad impulsiva, poca tolerancia a la frustración y necesidad de recompensa inmediata. Conjuntamente con los anteriores, se sabe que existen algunas características genéticas que también podrían estar involucradas, lo que acelera el proceso de dependencia, sin importar el deterioro y consecuencias negativas que genera.

Según Castaños y Montesinos (2007, como se citó en Cano & Pérez, 2008), existen también variables que predisponen una persona a sufrir de ludopatía. Éstas se clasifican en tres grupos:

- ✘ Sociodemográficas: edad de inicio temprana, género masculino, juventud, hijo de jugadores patológicos, estado civil soltero, estilo de vida caracterizado por frecuente exposición al juego.
- ✘ Psicológicas: déficit en habilidades de autocontrol y afrontamiento de estrés, activación fisiológica modificada y regulada mientras juega, distorsiones cognitivas, ansiedad y depresión como trastornos asociados.
- ✘ Ambientales: el potencial adictivo de los diferentes juegos, nivel de participación y manipulación, inmediatez del resultado, rapidez de la respuesta, estímulos asociados al juego, accesibilidad y disponibilidad, refuerzo mediante de razón variable y economía de la apuesta (Cano & Pérez, 2008, p. 439).

Autores como Domínguez (2009) recogen otros factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de esta adicción comportamental, entre ellos están:

Los factores familiares que pueden ser de riesgo para el juego patológico:

- ✘ Disciplina familiar inadecuada, inconsistente o excesivamente permisiva, la exposición al juego durante la adolescencia, la ruptura del hogar, unos valores familiares apoyados sobre símbolos materiales y financieros.
- ✘ La falta de planificación y el despilfarro familiar. Es decir, los que son fruto del aprendizaje a través del modelamiento por parte de sus padres u otro familiar que esté relacionado (Domínguez, 2009, p. 14).

Los factores sociales y culturales o socioambientales, que son: “disponibilidad y el acceso fácil al juego, así como la aceptación social, que incrementan la prevalencia del juego patológico en la población, tal como lo plantea Allcock (1986)” (como se citó en Domínguez, 2009, p. 14).

En el momento del desarrollo de la conducta de juego se distinguen aspectos como: “el tipo y número de juegos legalizados, el acceso a los juegos, el poder adictivo del juego y las primeras experiencias con éste” (Domínguez 2009, p. 15).

Así mismo, los medios de comunicación son factores “que ejercen un poder de persuasión importante sobre la población, por ejemplo si una persona está afrontando altos niveles de estrés, se siente presionado por el trabajo, está desempleada y socialmente excluida”, puede inclinarse hacia el juego y quizá hacerlo compulsivamente (Domínguez, 2009, p. 15).

De otro lado, los sujetos en las adicciones comportamentales actúan bajo conductas sobre aprendidas que producen consecuencias negativas y se van consolidando con la repetición de los comportamientos de manera sistemática, que al principio pudieron ser placenteros. Otros individuos utilizan “estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas personales (por ejemplo, acudir al bingo para hacer frente a la ansiedad o a la tristeza)” (Echuburúa, Salaberría, Cruz-Sáez, 2014, p. 32).

Otro ingrediente que se encuentra en la literatura sobre las ludopatías es su estrecha y común relación con el consumo de sustancias psicoactivas, entre estas el alcohol; se tiene conocimiento de que esta asociación es común en los ludópatas, como lo prueban sucesivas investigaciones, de las que se destaca una clásica que afirma que: “en la mayoría de los estudios realizados se demuestra que es muy habitual que junto al problema del juego se asocian otras actividades ilegales, conductas delictivas y consumo de drogas y alcohol” (Gupta & Deverensky, 1998, citados en Domínguez, 2009, p. 15), dándose en ocasiones una situación de comorbilidad entre estos tres aspectos.

A más de esas letales combinaciones con el consumo de sustancias psicoactivas, también existen unos factores mantenedores, estos son los que dan cuenta de porque una persona continúa jugando sin poder controlarlo y prosigue hasta que consolida la dependencia, a pesar de las múltiples afectaciones negativas y el deterioro que le ocasiona en las esferas biológica, psicológica y socio-cultural. La literatura experta sobre la ludopatía propone agrupar los mantenedores en seis categorías (Robert & Botella, 1994; Garrido, Jaén & Domínguez, 2004, como se citó en Domínguez, 2007), ellas son:

- ✘ Refuerzos positivos y negativos
- ✘ Estímulos discriminativos
- ✘ Ilusión de control
- ✘ Atribuciones diferenciales
- ✘ Sesgos cognitivos/creencias y pensamientos irracionales
- ✘ Sesgo confirmatorio (p. 53).

A parte de los aspectos que se asocian a los riesgos, de manera afortunada se encuentran también los factores de protección, que como lo plantea Edis (2003, como se citó en Domínguez, 2009), pueden proteger para que no se presenten las conductas de ludopatía, entre estos están: “valores, integración familiar, entorno comunitario, actividades culturales, deporte, prevención escolar, etc., que interactuando sobre los factores predisponentes impedirían o modularían la conducta de juego desadaptativa” (p. 12).

En cuanto a los factores de protección, es indispensable comentar su influencia para fortalecer los mecanismos de afrontamiento y que un sujeto afectado por la conducta adictiva pueda tener el poder de decidir acerca de sus comportamientos y aficiones; con respecto a esto, se encuentra lo afirmado por Domínguez (2009), quien cita a Robles y Martínez (1999):

Algunos factores de protección serían las normas de conducta en la familia y la escuela, las relaciones satisfactorias, el apego familiar, el apoyo social, la implicación en actividades religiosas, la autoaceptación y la existencia de valores positivos respecto al cuerpo y a la vida (p. 16).

Al parecer y como se puede apreciar en torno a los factores protectores, no se amplía mucho la información en la literatura científica disponible al respecto, lo que no quiere decir que no sean importantes, sino que en la literatura que se encontró y se reseñó, se le da mayor importancia a la detección de los factores de riesgo, probablemente para llegar a una explicación del comportamiento adictivo.

Ahora se abordarán los aspectos que se deben tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento de esta adicción comportamental; para esto se debe evaluar si el paciente cumple con los criterios para ser considerado un ludópata, teniendo en cuenta los criterios del CIE-10 o del DSM-V, en éste último se clasifican bajo la categoría *trastornos no relacionados con sustancias* (American Psychiatric Association, 2014, pp. 316-317), y se plantea que además del uso de los criterios diagnósticos recomendados en este manual, se efectuó la evaluación conductual, que consiste en un análisis descriptivo y funcional de la conducta de jugador, evaluando aspectos en él tales como: el estado psicoafectivo, la *arousal*, los eventos de impulsividad, el locus de control y la existencia de acontecimientos vitales estresantes, por los que ha pasado la persona y que se ligan de manera estrecha con la problemática ludopatía.

También se debe diagnosticar para determinar si hay presencia de otros trastornos mentales asociados a la ludopatía. “Es importante determinar si la sintomatología ansiosa y/o depresiva que puede estar presente es reactiva a los problemas creados o si por el contrario constituye un trastorno independiente que requiere una terapia específica” (Domínguez, 2007, p. 60). Así mismo, juega un papel importante el evaluar si existe consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas asociadas con la ludopatía.

A partir de lo anterior, se comienza a realizar un análisis de las consecuencias de la ludopatía en todos los ámbitos del individuo, tanto en el ámbito personal, relacional, familiar, social, laboral y económico, así como también si derivado del juego patológico, ya existen consecuencias en lo legal. Teniendo claro este paso, se realiza una evaluación de la motivación que existe o no en el individuo cuando acude a un centro terapéutico en busca de ayuda, ya que este aspecto es de sustancial trascendencia, pues si no existe la motivación, queda la posibilidad de potenciarla en el transcurso de las actividades terapéuticas, dado que sin ésta peligra en gran medida el éxito del tratamiento. En caso de que en el ludópata no exista una motivación realmente fuerte, se trata por medio de estrategias en las que el sujeto adicto se acompaña para que él mismo logre hallarla o reforzarla.

Algo esencial en el proceso es la actitud del terapeuta y el primer contacto con el paciente. Se entiende que inicialmente el profesional realiza unas entrevistas que pueden ser estructuradas o semiestructuradas, las cuales desempeñan un papel primordial, porque permiten establecer un vínculo empático entre el paciente, el terapeuta y la enfermedad. Esto favorece el proceso terapéutico.

Entre las herramientas para recolectar la información y determinar el diagnóstico están: los cuestionarios de exploración, auto registros, que son útiles en la fase de evaluación o pretratamiento para detectar y entender los factores causales de la conducta de juego; y a lo largo del proceso de intervención terapéutica es necesario constantemente monitorear y evaluar la evolución de la declinación de la conducta; por ello se recomienda hacer el diagnóstico diferencial para poder determinar el plan de tratamiento para la superación de la ludopatía. También es importante hacer un análisis funcional, que se emplea para recopilar toda la información clínicamente relevante y que se usará para definir las estrategias terapéuticas que se utilizarán con el sujeto en el tratamiento. El empleo de estas técnicas evaluativas permite realizar un profundo y completo análisis del problema, determinando cuáles son las áreas funcionales, las relaciones interpersonales que contribuyen a su recuperación, los estímulos que se deben emplear, las restricciones que se deben implementar y para lograr una rehabilitación integral del individuo.

Como se describió anteriormente, se deben identificar los trastornos mentales asociados además de hacer un diagnóstico diferencial, pues como lo plantea Domínguez (2007):

En un episodio maniaco o hipomaniaco pueden emitirse conductas de juego con unas características que a simple vista podrían hacer pensar que se está ante un problema de juego patológico. Sin embargo, dichas conductas son el resultado de un estado de ánimo elevado, eufórico y expansivo que puede manifestarse en una autoestima exagerada que, incluso, alcance proporciones delirantes (p. 69).

Esta claridad permite saber en qué condición se encuentra el paciente y posibilita prevenir problemáticas mentales, en caso de haberse presentado en el pasado, pues se debe evaluar la evolución en todo el proceso de intervención de la ludopatía, ya que podría ser contraproducente y su reinstauración puede estar asociada con el abandono del tratamiento y las recaídas en la conducta patológica.

Un aspecto importante que no se debe escapar es realizar un análisis funcional, el cual es descrito por Domínguez (2007) así:

Es utilizado para recopilar toda la información clínicamente útil, permite hacer un análisis detallado del problema, determinando las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas del individuo. La meta final es aportar una descripción cuidadosa del problema, que facilite el establecimiento de planes de intervención lo más eficaces posibles. Las características esenciales son: mostrar específicamente las variables de las que la conducta problema es una función, y la naturaleza de la relación entre la conducta y esas variables (p. 72).

Existen delimitadas fases de evolución por las que pasa la persona que desarrolla una adicción al juego; como se citó en Goffard (2008) a Custer (1984) este propuso tres primeras etapas por las que pasan los ludópatas y, complementariamente, Lesieur (1991 citado en Goffard, 2008) delimitó la cuarta; cabe señalarse aquí que éstas no ocurren en una secuencia temporal y tampoco se ha determinado cuánto tiempo demora cada etapa, pero si bien no siguen una secuencia rígida y estable, ellas se presentan asociadas al desarrollo de la ludopatía. Las cuatro etapas descritas son: la ganancia o *big win*, pérdida y “caza”, desesperación y el abandono (Goffard, 2008, pp. 6-7).

Además de las fases características de esta adicción, es necesario tener en cuenta que, al momento del tratamiento, existe un paso difícil que deben dar los ludópatas, es el reconocimiento del problema y la manifestación de la necesidad de tratamiento, pues la peculiaridad del ludópata es negarse a la búsqueda de tratamiento o la manifestación de que es innecesaria la ayuda, éstas razones esgrimidas muestran aspectos que el mismo ludópata no identifica; a pesar que aparentemente no pierde el control sobre la situación, los problemas persisten aunque se instale en su negación. Esta resistencia al tratamiento se puede enfrentar a partir de la iniciativa familiar de demostrar que las problemáticas que padece el sujeto lo ameritan y ella debe ayudar en conjunto con la intervención de expertos para que acceda al tratamiento.

En los primeros momentos de la intervención de trastornos adictivos, no siempre el paciente tiene claro que él tiene un problema y que es necesario que se conciente de la necesidad de resolverlo, para disponerse efectivamente al cambio y poner a operar sus energías cognitivas en función de la recuperación y no de la problemática. Por ello, se piensa que requieren intervenciones especializadas que propicien la superación de no asumir el tratamiento y se aumente la motivación hacia el cambio; tal como lo proponen Miller & Rollnick (1999 citados en Goffard, 2008), la decisión del compromiso con un tratamiento no es un asunto fácil, por ello los autores expertos en el tema insisten en la aplicación de la entrevista motivacional.

En los tratamientos cognitivos, se busca la reestructuración cognitiva, que consiste en el cambio de las creencias irracionales y pensamientos inadecuados e inasertivos, utilizando técnicas terapéuticas activas como por ejemplo, manifestar en voz alta los deseos de jugar, a fin de explicitar sus propios pensamientos e identificarlos, generando conciencia y razones frente a la necesidad de cambio. Estas técnicas basadas en lo cognitivo-conductual han mostrado, según la literatura experta, alta efectividad en el tratamiento de las problemáticas adictivas (Becoña y Cortés, 2008 y 2011).

Asimismo, Goffard (2008) plantea que se halla también en la literatura sobre los tratamientos, otro tipo de terapia llamada la multimodal propuesta por Blaszczynski (1993), que puede ser usada con efectividad para rehabilitar a ludópatas, en la que se parte de identificar factores desencadenantes en las esferas cognitiva-conductual, fisiológica y mental de los adictos, con los que se intenta moderar e intervenir los aspectos bio-psico-socio-culturales que soportan la ludopatía. Al ver en esta enfermedad la participación de múltiples factores en todas la esferas del ser humano, este enfoque recibe el apelativo de enfoque integrativo (Goffard, 2008).

Por otro lado, con la ludopatía se ha considerado también el empleo de los tratamientos psico-farmacológicos, los cuales han demostrado ser una importante alternativa terapéutica para esta adicción, llegando a utilizarse con gran efectividad medicamentos estabilizadores del ánimo, ansiolíticos y antidepresivos (Lancu, 2008, citado en Becoña y Cortés, 2011).

También se han usado los grupos de autoayuda y han tenido un papel relevante en la intervención de esta adicción comportamental, mostrando que han sido eficaces (Toneatto, 2004, citado en Becoña y Cortés, 2011). Entre estos, existen los reconocidos, a nivel mundial, Jugadores Anónimos (quienes parten del modelo de los doce pasos usados por los Alcohólicos Anónimos desde inicios del siglo XX); de este, se desprende un grupo conformado para ayudar a las parejas con ludopatía llamado Gam-Anon e incluso, existen unos configurados para ayudar a las familias con miembros con ludopatía, este tipo de ayudas terapéuticas basadas en el soporte grupal y de los pares, han demostrado ser muy útiles en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los adictos que presentan ludopatías (Becoña, 1998 citado en Becoña y Cortés, 2011).

Para que el tratamiento sea sostenible en el tiempo y surja el efecto deseado, es necesaria la prevención de recaídas, pues son frecuentes en el proceso de desintoxicación y pueden aparecer episódicamente durante todo el tratamiento e, incluso, cuando el adicto recién egresa del modelo de intervención aplicado para la rehabilitación de la ludopatía; se puede afirmar que son parte del proceso de rehabilitación del adicto y ello “no implica fracaso de tratamiento, pero sí que hay una vuelta a jugar y, por tanto, la necesidad de nuevas vías para romper el más de lo mismo” (2003, Duncan, Hubble & Miller, como se citó en Goffard, 2008, p. 8).

Con el objetivo último de precisar en un modelo de intervención el logro de la abstinencia de la actividad de ludopatía que afecta al sujeto, no se pueden descartar los objetivos intermedios, ni la reducción de riesgos y daños, ya que si bien, lo ideal es la reorganización y la reincorporación responsable del sujeto al cumplimiento de

las metas de su proyecto de vida (que, según el caso, implican controlar las posibles patologías duales asociadas), se debe considerar siempre la conquista de los objetivos intermedios, que posibiliten un desarrollo lo más funcional posible del ludópata en las áreas personal, familiar y social.

Respecto de si el tratamiento con ludópatas debe ser residencial o ambulatorio, la respuesta es que ambas son opciones válidas para lograr que el sujeto abandone el juego; la selección de una de ellas depende de las necesidades de quien ingresa al tratamiento y específicamente, depende del logro de la abstinencia como un signo de que comienza a obtenerse el autocontrol por parte del ludópata. Por ello, no es necesario que para el paciente con ludopatía se considere un régimen de internamiento como medida de inicio de la intervención terapéutica, pues por regla general, con las adicciones siempre se debe intentar la vía más potenciadora de la calidad de vida y de la salud mental de la persona.

Pero existen casos en los que se debe considerar el internamiento, sobre todo en aquellos en los que los jugadores compulsivos han perdido el apoyo familiar y social, en los que presentan ideación suicida, intentos de suicidio, trastornos mentales graves asociados o no a la ludopatía, o infructuosamente han intentado parar de jugar y no lo logran. Si estos no son los casos, una alternativa eficaz podría ser la modalidad ambulatoria.

Todo lo anteriormente planteado frente a las posibilidades de recuperación de los ludópatas, afirma que es posible la rehabilitación; que esta enfermedad mental es posible de ser tratada y que la persona se puede incorporar de manera productiva y funcional a su entorno. La evidencia científica que se posee al respecto, a lo largo de no pocas décadas, permite afirmar que es una patología de muy buen pronóstico para el tratamiento y que si se interviene de manera adecuada y a tiempo, se obtienen amplios beneficios para los sujetos y los contextos implicados (Hodgins & El-Guebaly, 2000, citados en Becoña y Cortés, 2011).

3.10.2. Adicción a las redes sociales

Las redes sociales tienen un uso muy variado, quienes las utilizan pueden comunicarse con amigos, familiares, propiciar nuevas relaciones, intercambiar información multimedia, lograr vínculos de trabajo, conocer otras culturas, ejercer profesionalmente, luchar por alguna causa, entre otras opciones.

La Web cuenta con una serie de redes sociales como Twitter, Facebook, MySpace y demás, que son aprovechadas por millones de personas en el mundo (Boyd & Ellison, 2007), en especial, por jóvenes que las prefieren porque brindan comunicación instantánea. Eso les permite un modo de ser distinto con respecto a las formas de relacionarse, ser creativos y construir comunidades virtuales en el mundo (Varas-Rojas, 2009; Piscitelli, 2010).

Aunque no existe un total acuerdo sobre lo que son las redes sociales, si se encuentran definiciones como esta:

Es un sitio dentro de la Web, que posibilita a los usuarios un tipo de perfil público dentro de un sistema relativamente cerrado, que por medio de listas comparte una misma conexión con los usuarios, visualiza y rastrea las personas que están contactadas, permite observar la naturaleza de las conexiones y el tipo de servicios ofrecido y cambiar de una red a otra (Bold, & Ellison, 2007, p. 48).

Según el Observatorio Nacional de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información de España (ONTSI, 2011), las redes sociales se han clasificado en directas e indirectas; las directas son las que prestan los servicios por medio de Internet, en donde grupos de sujetos con intereses comunes participan en igualdad de condiciones y controlan, de cierto modo, la información que es compartida. La forma de manejo es por medio de la creación de perfiles, de los que el usuario establece controles para lograr algún grado de privacidad y con esto, puede restringir el acceso a la información por parte de otros usuarios.

Pero también existen las redes sociales indirectas. Se distinguen porque los servicios utilizados a través de Internet son de acceso restringido y controlado por un grupo o persona que coordina la información con relación a un tema específico.

El mismo Observatorio Nacional de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información de España (ONTSI, 2011) clasifica también las redes sociales directas según su finalidad, el modo en que se emplea y el grado de apertura hacia los usuarios.

Teniendo en cuenta la finalidad que buscan las redes directas, existen redes sociales de ocio, en las que se persigue solo el entretenimiento y mejorar las relaciones personales; y redes de uso profesional, donde el usuario tiene por objetivo promocionarse y estar actualizado en su respectiva profesión.

Con respecto al modo de empleo o funcionamiento, se consideran una serie de procesos que orientan las redes hacia actividades concretas. Este es el caso de las redes sociales de contenido, donde el usuario elabora textos escritos o audiovisuales que coloca en la red para otros usuarios.

Otro tipo de redes según funcionamiento, son los microblogging, establecidas para participar con muy pequeña información, que por lo regular se puede medir por la cantidad de caracteres, y se envía desde dispositivos móviles o fijos.

De otra parte, están las redes directas según el grado de apertura, en ellas se considera el grado de restricción que tiene el acceso a la red. Pueden ser públicas, que dan acceso a cualquier tipo de usuario que tenga forma de acceder a Internet y no tiene que pertenecer a ninguna organización; y existen las privadas, que están cerradas a un grupo específico.

En lo que tiene que ver con las redes sociales indirectas, se refieren a los foros y los blogs. Los foros son utilizados, en especial, por expertos de un área específica o como una forma de desarrollar una reunión con intención predeterminada. Se prestan para que exista retroalimentación de doble vía sobre la información compartida. En lo atinente a los blogs, también se desarrollan por medio de Internet, tienen una gran actualidad y hay recopilación cronológica de uno o varios autores. Se utilizan enlaces y anotaciones; por lo general, un autor lo administra y coloca allí elementos que considera destacados en ese campo.

Entre las múltiples redes sociales se pueden mencionar seis de las más utilizadas:

Facebook: ha sido en los últimos años de las redes sociales generalistas de mayor preferencia, se promociona como una herramienta que ayuda a compartir con las personas que forman parte de la vida de los usuarios. Al igual que otras redes, un navegador de Facebook puede agregar a una persona que esté registrada, pero el convocado debe aceptar la invitación. Una de las ventajas que ofrece es formar grupos con afinidades e intereses compartidos, en los que se permite añadir fotos, videos, mensajes, entre otras opciones; las páginas son unidireccionales y están interesadas en informar y hacer publicidad sobre marcas y personajes específicos, y no contienen foros de discusión.

Ahora bien, se deben tener en cuenta por parte de los grupos una serie de normas, como no discriminar, no incitar al odio, no faltar a la honra de los miembros de la red. Para el control de estas normas existen posibilidades de denuncias y quejas. De otra parte, cuenta con un espacio llamado *muro*, que permite que los usuarios escriban mensajes que son visibles para otros registrados, o incluir videos y animaciones. Al tiempo, se han ido añadiendo múltiples aplicaciones virtuales con intenciones lúdicas, se les coloca nombres a situaciones o a personas como códigos sociales que representan momentos significativos, y se expresan en regalos, galletas de la suerte u otros nombres llamativos.

Twitter: presenta unas características particulares que la diferencian de las otras. Esta red se publicita como la mejor manera de saber lo que está sucediendo en el mundo. Es un sitio Web de mensajería tipo blog, que permite enviar y recibir textos de máximo 140 caracteres que se denominan Tweets. Estos mensajes se van mostrando en la página del perfil del registrado y se van enviando a otros que expresaron el deseo de recibirlos, puede existir la opción de restringir el público objetivo, o ampliarlo a todos los usuarios.

Los mensajes se pueden enviar tanto por el sitio de Twitter, como por medio de SMS desde el teléfono móvil o desde otra aplicación de un tercero, desde programas de mensajería instantánea o, incluso, desde cualquier aplicación de terceros.

Messenger: es un servicio asociado al empleo de las cuentas de correo electrónico de Windows y forma parte de los servicios de Windows Live. Se auto-promueve como la mejor forma de permanecer en contacto con los amigos y tiene como funciones brindar al cliente mensajería instantánea; permite hacer llamadas a PC por teléfono, realizar video conferencias y comprobar si los contactos están de alta. También dispone de juegos en línea para compartir con los contactos. Las aplicaciones de mayor uso son el correo, el chat y las video-llamadas que posibilitan el empleo de video y micrófono.

MySpace: utiliza como forma de promoción una frase, que recuerda que millones de personas comparten lo que les gusta. Esta red social es un sitio Web para lograr relaciones con otros usuarios construyendo un perfil personal. Se utiliza para compartir con amigos, grupos, blogs, fotos, videos y música; también cuenta con red interna de mensajería.

Entre sus particularidades está que se ofrecen perfiles para músicos y sirve para que estos logren publicidad, pero también permite que se comuniquen con amigos, familiares o personas que se desean conocer.

Badoo: es una red para encontrar nuevos amigos o pareja, funciona a partir de ello, la frase de que lo identifica es: "Este es el mejor sitio para conocer gente nueva a tu alrededor. ¡Charla, liga, socialízate y diviértete!". Tiene distintos sistemas de búsqueda, como por ubicación geográfica, y puede propiciar relaciones fuera de la red.

Fotolog: es una galería de imágenes fotográficas, publicadas por personas aficionadas a la fotografía. Su frase de marca es "¿Cómo ves el mundo de hoy?". Aunque se centra en las fotos, el texto también tiene importancia, porque le da mayor significado a las fotos. Así mismo, acepta comentarios en forma de libro de visitas.

En síntesis, durante las últimas décadas, el Internet se ha constituido en una herramienta tecnológica de impacto, en especial en las generaciones jóvenes, y es necesario reconocerle que ha proporcionado muchos beneficios a la sociedad contemporánea; pero, entre las dificultades que presenta, está que algunas personas pueden llegar a establecer una relación obsesiva con el Internet, hasta el punto de presentar incapacidad para controlar su uso, colocando en riesgo sus actividades laborales y sus relaciones sociales.

Se debe tener en cuenta que el abuso de la Internet está relacionado con factores de riesgo psicosociales como la vulnerabilidad psicológica, el estrés y la ausencia de respaldo familiar y social. Y existen algunos elementos particulares vinculados con las redes sociales, tales como los asociados a largos periodos de uso, inquietud por no poderlo hacer, abandono de actividades que le permiten el sano y saludable desarrollo. Por ejemplo a los jóvenes, que son un grupo de alta vulnerabilidad, los expertos les recomiendan el uso controlado una vez empiezan a mostrar algunas de estas señales de cuidado, antes de que esta actividad se convierta en una adicción (Echeburrua y Corral, 2010). Las estrategias preventivas se deben aplicar a los sujetos expuestos a situaciones adictivas, al interior de la familia y en la escuela, para ello es importante identificar los factores de riesgo y tener en cuenta las características demográficas de la población afectada.

En lo referente al tratamiento psicológico, éste se debe basar en el control de impulsos, la exposición gradual al Internet y tener previsto un programa de recaídas; son fundamentales las estrategias de motivación para ingresar y mantenerse en el tratamiento.

Los términos con los que se conoce la adicción comportamental a Internet son: ciberadicción, desorden por adicción a Internet, uso compulsivo de Internet, uso patológico de Internet o adicción a Internet (AI). Este último concepto fue utilizado por primera vez por Goldberg (1995) y luego por Young (1998).

Esta adicción comportamental se caracteriza por la imposibilidad que tiene una persona de lograr control sobre el uso y llegar a depender de Internet. Cuando se presenta, se relaciona con síntomas de fatiga, incomodidad y dificultades en la vida cotidiana (Byun et al., 2009), con presencia de estados de alta tensión o angustia cuando no puede usar Internet, los cuales cesarán una vez lograda la conexión al mundo virtual (Lam, Peng, Mai, & Jing, 2009).

Según Charlton (2007), los sujetos que padecen esta problemática se van involucrando por grados con el uso de distintas aplicaciones de Internet, dependiendo de la intensidad y la frecuencia del uso; un resultado es que desarrollan conductas desadaptativas que podrían llevar a una adicción. Ésta se podría definir por la incapacidad de la persona de controlar el involucrase con las redes sociales o con el Internet en general.

La sintomatología y la disfuncionalidad pueden ayudar a clarificar si se está consolidando o no una adicción, entre estas características se encuentra la falta de sueño, que se produce por la incapacidad del adicto de cortar la conexión, permaneciendo despierto hasta altas horas de la madrugada, lo que de por sí produce fatiga, debilidad del sistema inmune y un deterioro de la salud (Young, 1999).

A lo anterior, se suma la depresión asociada con el alto uso de Internet (Kraut, et al., 1998; Petrie & Gunn, 1998; Young, 1998), pero existe aún debate en torno a si la depresión es la que puede producir la adicción o viceversa. Al respecto, Pratarelli, Browne, & Jonson (1999) afirman que se produce un ciclo en el que la soledad y la depresión alimentan el uso del Internet y a su vez, esto conlleva a una mayor soledad y depresión, generando una conducta de compensación. En tanto, la actividad de los usuarios es mayor, en la medida en que exista una sensación más frecuente de incomunicación.

Echeburúa (1999) encontró que se asociaban a esta conducta adictiva cambios psicológicos negativos, donde se presentan modificaciones en el humor, problemas de ansiedad, inquietud ante la lentitud de las conexiones o por no hallar lo buscado o a la persona requerida, estado de conciencia alterado e incapacidad para apartarse de la pantalla. El mismo autor ha encontrado efectos sistémicos en el entorno familiar, en los compromisos académicos y en las relaciones profesionales. La actitud del adicto a las redes es aislarse de los seres con los que tenía cercanía física y descuidar las obligaciones personales y sociales.

Complementariamente a lo anterior, y en relación a los mecanismos que pueden explicar la adicción a las redes sociales, Young (1997) indica que tiene que ver con el tipo de aplicación al Internet; es decir, los usuarios no adictos utilizan más las redes para encontrar información y sostener relaciones preexistentes, mientras que los adictos las usan para conocer nuevas personas, socializar y entrar en un grupo. En otras

palabras, se determinan tres áreas de reforzamiento principales: apoyo social (uso de redes), realización sexual (cibersexo) y recreación de un personaje (redes y juegos en línea).

De otra parte, en España se desarrolló una investigación (Asociación de estudios psicológicos y sociales de Castilla-La Mancha, 2011), sobre el uso que los jóvenes hacen de las redes sociales, encontrando los siguientes resultados, en los que se consideran opciones no excluyentes: enviar y comunicarse con amigos, familiares u otras personas (99%), intercambiar fotos, música y videos (90%), disfrutar el tiempo libre (89%), intercambiar saberes (74%), conocer gente y hacer amistades (79%), buscar información de otras personas o para hacer compras, lugares de descanso, espectáculos, etc. (73%), motivos de estudio o trabajo (70%), dar a conocer sus intereses, opiniones y actividades (67%), unirse a grupos o hacer fans (62%), participar en juegos y concursos (56%), participar en grupos o actividades de formación (54%).

Un estudio realizado en México con 381 estudiantes universitarios (Aspani, Sada y Shabet, 2012), encontró que existen diferencias entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes están más tiempo en las redes sociales y también quienes tienen más percepción de los riesgos por abuso, en la medida en que se involucran más. Así mismo, existen diferencias según la edad; con relación a esta variable se encontró que los jóvenes de 18 años o menos son quienes tienen una mayor apertura a las redes sociales; en particular existen diferencias con respecto a la actitud hacia el Facebook, dependiendo de la cantidad de tiempo que dedican al día a esta red, esto tiene impacto en la construcción de identidad juvenil.

También se debe considerar que, con respecto a la adicción a las redes sociales, existen dos modelos básicos según Suler (1996). Primero, los sujetos muy aficionados a los computadores que usan las redes para buscar información, jugar en forma individual y acceder a nuevos programas, entre otras cosas, pero sin necesidad de establecer relaciones como un deseo primario. Son personas que tienen autocontrol, reservados y que van en retirada de la desorganización de los chats. Y los segundos, personas que utilizan los chats, moods y listas de correo, todos ellos tienen en común una alta necesidad de socialización. Los requerimientos afectivo/afiliativos son muy evidentes en este contexto, estas personas son extrovertidas.

Así mismo, para Echeburúa (1999) existe una vulnerabilidad psicológica hacia la adicción a las redes sociales, que se expresa en los siguientes factores de riesgo: déficits de personalidad con tendencia a aislarse, pobre autoestima, necesidad de

más sensaciones. Así mismo, existen limitaciones en las relaciones personales, con tendencia a la introspección. Déficits cognitivos: mucha fantasía y escasa concentración. Alteraciones psicopatológicas: adicciones químicas y psicológicas o depresión.

De otro lado, los autores Young y Rodgers (1998) aplicaron el cuestionario 16 PF a un grupo de personas seleccionadas, encontrando puntuaciones altas en lo concerniente a la autoconfianza, el pensamiento abstracto, insatisfacción con los convencionalismos, fuerte reacción emocional hacia los demás y preferencia por hacer todo solo. Los sujetos dependientes de Internet son muy susceptibles, alertas y les gusta la privacidad. Dicha tendencia hacia la introversión también es descrita por los autores Petrie & Gunn (1998).

Por último, Shapira, Goldsmith, Keck & Khosla (2000) hallaron en una población de personas con problemas por el uso de Internet, que el 100% de ellos cumplían criterios del DSM-IV para el trastorno del control de los impulsos no especificado; así mismo (Black, Belsare, & Schlosser, 1999) han encontrado en sujetos con gran cantidad de horas conectados a Internet, características obsesivas de personalidad, vivencia de dependencias y trastornos de personalidad, sobre todo, *límite* y *narcisista*.

3.10.3. La adicción al trabajo

Los términos de “trabajólismo” (*workaholism*), “trabajólico” (*workaholic*), nacieron sobre la base del adjetivo *alcoholic* y del nombre de lengua inglesa *alcoholism*, porque esta palabra emergió en el ámbito sociocultural anglosajón.

Este trastorno conductual se denomina también adicción al trabajo (*work addiction*) o adicción laboral, obsesión por el trabajo, pasión por el trabajo, “volcarse al trabajo”, “entrega” o “síndrome de la alta productividad” (Hernández-Pozo, 2010, p. 118).

Definiciones

El término de trabajólismo se empleó primeramente para describir una necesidad incontrolable de trabajar constantemente. Un trabajólico es alguien que sufre de esta condición.

Hay varias definiciones del trabajólismo (Scott, Moore & Miceli, 1977; Spence & Robbins, 1992). Para Taris, Geurt, Schaufeli, Blonk & Lagerveld esta adicción es:

Una tendencia a invertir mucho en el trabajo, en términos de esfuerzo y tiempo, acompañados de un compromiso emocional y una incapacidad de “desconectarse” del trabajo que ocurre por arriba del promedio y que no corresponde o es independiente a las circunstancias externas (2008, p. 119).

Trabajar en exceso no significa trabajólismo, especialmente cuando el hecho no resulta de la libre elección del trabajador, sino de la necesidad de aumentar sus ingresos. Cuando un agente de ventas o un obrero trabajan jornadas largas y despliegan un esfuerzo elevado, no se les puede llamar “trabajólicos” porque están operando de forma razonable, bajo un análisis costo-beneficio, dado que el esfuerzo tiene una retribución salarial directa (Hernández-Pozo, 2010, p. 119).

El trabajólismo ocurre con las personas que manejan sus tiempos de trabajo con cierta flexibilidad. Según Caamaño (2004), este trastorno conductual consta de varios componentes. El primero es el hecho de trabajar jornadas mayores a las estipuladas contractualmente, lo que genera beneficios en el ámbito laboral: ascensos, mayor control y poder de decisión y mayor remuneración. Segundo, en vez de dedicarse a otras actividades no remuneradas, el trabajólico elige trabajar. El último componente que le caracteriza es que él hace caso omiso de sus límites físicos e intelectuales para alcanzar un rendimiento laboral óptimo.

Según Chamberlin y Zhang (2009), el trabajólismo es un desorden obsesivo-compulsivo. Para Burke y Fiksenbaum (2009, como se citó en Hernández-Pozo, 2010), los trabajólicos son de dos tipos:

Los que están satisfechos y contentos conforme a un alto nivel de bienestar psicológico, y los que no. Estos últimos presentan problemas de desaliento, salud, insatisfacción con sus carreras y sus relaciones familiares y distrés psicológico (pp. 119-120).

Causas y factores del trabajólismo

Según los autores que han trabajado sobre el tema, los factores y causas del trabajólismo son múltiples. Hernández-Pozo (2010) cita los miedos, creencias y condiciones propias del ambiente laboral y social como las presiones psicológicas a las cuales están sujetos los trabajadores. Estas presiones pueden surgir de ser el mejor para subir de categoría, aumentar los ingresos y ocupar puestos de mayor toma de decisiones. En las empresas privadas, varios factores como una reestructuración de la empresa, la reducción de la planta laboral y la compra de empresas pequeñas por otras más grandes, aumentan la presión sobre los empleados por conservar sus trabajos. En estas circunstancias, los trabajadores podrían ser forzados a aceptar cargas mayores, sin aumento de sueldo (pp. 118-122).

Burke y Fiksenbaum (2009) señalan una correlación entre el hecho que ciertos trabajadores persiguen metas por motivaciones extrínsecas y los bajos niveles de satisfacción y bienestar.

Chamberlin y Zhang (2009), por su parte, identificaron en su estudio causas externas e internas. Las causas externas eran las expectativas altas de los padres y el raciocino que cuando más un hijo se dedica al trabajo, más hace feliz a sus padres. Las causas internas del trabajólismo pueden ser una autoestima baja, una necesidad de auto-validación y de consolidar la identidad personal.

En relación con el síndrome de desgaste laboral (*burnout síndrome*), Hernández-Pozo presenta varios elementos que llevan a este fenómeno:

La falta de control que ejerce el trabajador sobre su situación laboral, los niveles de incertidumbre imperantes, el desequilibrio en los valores de correspondencia de los programas de remuneración en función de la precisión, intensidad y duración de las tareas a realizar, la falta de equidad y el liderazgo pobre de los jefes (...) aunados a problemas de índole personal, contribuyen de manera importante a la emergencia del síndrome de desgaste (2010, p. 122).

Consecuencias

Sorprendentemente, no hay un acuerdo entre los investigadores en cuanto al efecto potencialmente dañino del trabajólismo hacia la salud (Chamberlin & Zhang, 2009; McMillan & O'Driscoll, 2004). No obstante, la mayoría de los autores coinciden en identificar áreas indirectas problemáticas como: divorcio, conflictos maritales, mayor número de dificultades de vida y laborales y consecuencias negativas para los hijos de personas trabajólicas, en comparación con quienes no presentan este patrón de comportamiento (Hernández-Pozo, 2010, p. 120).

Chamberlin & Zhang (2009) realizaron un estudio, teniendo como público estudiantes universitarios, en el cual encontraron que los sujetos que se describían como trabajólicos presentaban más padecimientos físicos, menos auto-aceptación y menos bienestar psicológico que los participantes que no tenían este perfil. El estudio mostró también que los alumnos con un perfil más trabajólico percibían a sus padres como más adictos al trabajo, que su contraparte.

La medicina ha demostrado que si el trabajador sobrepasa un umbral de esfuerzo laboral, su productividad disminuye y las probabilidades de falta de concentración, distracciones, fatiga y accidentes aumentan (Caamaño, 2004). Por lo tanto, hacer caso omiso o ignorar esta información constituye un componente importante de la definición del trabajólico, dado que las personas con este trastorno no rigen su trabajo por su mejor rendimiento (Hernández-Pozo, 2010, p. 120).

Generalmente, largas jornadas de trabajo generan un desempeño pobre, una baja satisfacción laboral y familiar y un deterioro físico que puede ser severo (Hernández-Pozo, 2010, p. 120). A veces, la actividad tan intensa del trabajador lo lleva hasta la muerte. Por ser un hecho recurrente en su cultura laboral, los japoneses tienen una palabra para denominar un fallecimiento debido a una exagerada dedicación al trabajo: “*karoshi*” (Burke & Fiksenbaum, 2009).

El deceso ocurre normalmente por causa de un accidente cardiovascular en la forma de un infarto al miocardio, un ataque isquémico o por un derrame cerebral y por extensión se aplica a las personas que sufren de esta crisis producto de circunstancias extremas de trabajolismo (un número elevado de horas extras en el mes previo al incidente) y sobreviven a ésta (Hernández-Pozo, 2010, p. 121).

Greenglass, Burke y Moore (2003) propusieron un modelo teórico en el cual identificaron la carga de trabajo como una de las variables centrales responsables del distrés y la depresión en los trabajadores, sumándose a ese factor el tipo de organización y de escenario en los que se labora. En un estudio entre 488 enfermeras sometidas a aumentos en la carga laboral, estos investigadores monitorearon los efectos de estas circunstancias sobre la depresión, el distrés y el desgaste, que midieron mediante el auto-reporte. El estudio logró como principal hallazgo demostrar que la carga laboral contribuyó sustancialmente a la depresión y al distrés que las enfermeras experimentaron. La investigación comprobó que los elementos de cinismo, ira y estar exhausto emocionalmente fueron los responsables de la reacción de distrés.

Concepto relacionado. El desgaste laboral

Causas y consecuencias

El “desgaste laboral” o “desgaste profesional” son los términos técnicos que varios autores de lengua española (Molina Sigüero et al., 2003; Sos Tena, 2002; Olivar, Gonzalez, & Martinez, 1999; Cebrià, 2003; Mingote, 2004) eligieron usar para referirse al síndrome de “*burnout*”, como se denomina en inglés. Otros autores (Cesio, 2003; Bresó, Salanova, Schaufeli & Nogareda, 2007) hablan de “síndrome del quemado”, a partir de una traducción literal del inglés.

Originalmente, el desgaste laboral fue definido como la combinación de tres elementos:

- ✧ El estado de agotamiento emocional, el sujeto se siente expuesto de manera frecuente a emociones negativas como resultado del trato con otras personas;

- ✘ El cinismo, una percepción de los demás exenta de empatía;
- ✘ Un autoconcepto pobre, o una evaluación negativa de los logros propios (Maslach & Jackson, 1981).

Entendido de esta manera triple, el concepto es aplicado por algunos investigadores a los profesionales que trabajan esencialmente con público: enfermeras, médicos, trabajadores sociales y profesores.

Aunque no hay una concordia sobre la definición de desgaste laboral, los autores están de acuerdo para concluir que el primer factor, estar exhausto emocionalmente, es el elemento principal del síndrome de "desgaste laboral" (Ortiz & Vega-Michel, 2009).

Según Montero-Marin y García-Campayo (2010), el síndrome de burnout es un padecimiento que de forma esquemática se puede identificar como un estrés prolongado en el organismo, frente a los factores emocionales e interpersonales generadores de tensión y ansiedad presentes en el entorno laboral. El síndrome incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

3.10.4. La adicción a las compras

Características generales (bio-psico-socio-culturales)

En la actualidad, se vive en sociedades donde el acto de comprar está vivido y presentado como generador de poder y placer. En los *mass media*, se construye constantemente una equivalencia entre consumir y felicidad, esta simbología es promovida continuamente en las publicidades y hasta los políticos impulsan el consumo como sustentador de crecimiento económico.

En los últimos cinco lustros, la adicción a la compra ha sido muy estudiada, recibiendo mucha atención de los científicos que trabajan con adicciones comportamentales (De La Gándara, 1996; Dittmar, 2005a, 2005b; Edwards, 1992; Faber, 1989; Friese, 2001; Garcés, 2000; Hanley & Wilhelm, 1992; Kellett, 2009; Olábarri & García, 2003; Roberts, 1998; Rose & Segrist, 2009; Valence, D'Astous & Fortier, 1988; Yurchisin & Johnson, 2004). El concepto de adicción a las compras nació en los Estados Unidos hace pocos años y emergió desde estudios sobre mujeres que tenían síntomas depresivos (Garcés, 2000).

Restrepo (2011) afirma que se trata de adicción a las compras cuando el sujeto presenta un impulso irresistible frente al acto de adquirir, una pérdida de control reiterativa frente a la práctica. Para la investigadora, los efectos negativos –que marcan el límite entre conductas aceptables y conductas adictivas (Washton & Boundy, 1991; Echeburúa et al., 2000)- son los sentimientos de vergüenza, ansiedad, irritabilidad, de culpa, problemas familiares y económicos.

Una consecuencia negativa importante se materializa también de forma financiera. Los adictos a las compras gastan mucho más allá de sus posibilidades financieras, lo que les lleva a conductas de morosidad.

Lo que define la persona como adicta a la compra es el hecho que esta conducta escape de su dominio o control. Como en el caso de otras adicciones, el sujeto presenta una dependencia psicológica alta y la pérdida de interés por otras actividades, así que, la conducta adictiva se cruza con el bienestar y el desempeño de la vida cotidiana o le causa cambios en los ámbitos sociales, del trabajo o en el ocio y tiempo libre (Restrepo, 2011).

Echeburúa (1999) invita a distinguir el consumo excesivo de la adicción a las compras propiamente dicha, y asevera que la primera “es un impulso incontrolable para adquirir objetos inútiles o superfluos” (p. 49). Se consideran adictos a las compras las personas que tienen una “necesidad constante de adquirir cosas nuevas, en su mayoría innecesarias” (p. 49). La gratificación generada en los sujetos por la compra no proviene del producto adquirido y del placer que éste pueda proveer, sino del acto de la compra en sí mismo. El autor ibérico distingue entre el problema que tienen las personas para quienes el ir de compras se ha convertido en el eje de sus vidas, y las personas *enganchadas* al crédito, incapaces de vivir con su presupuesto (p. 49).

Es importante diferenciar el “hacer una compra”, “ir a la compra” y el “salir de compras”. En este último caso, el sujeto desconoce lo que va a comprar. Este aspecto caracteriza la adicción comportamental (Echeburúa, 1999, p. 50). Lo importante es la compra, no lo que se compra; los productos adquiridos son innecesarios y el sujeto es consciente de ello, lo que no consigue es reprimir el impulso. Los sujetos son estimulados por el acto de comprar y lo que lo rodea: sacar la tarjeta, el ruido de las bolsas, la atención de los dependientes y, en algunos casos, una vez llegados a la casa, los sujetos ni siquiera abren las bolsas.

Para la gran mayoría de las personas, comprar es un acto común, diario. Pero para los adictos a las compras es un trastorno mental, una patología que no controlan. El consumo domina sus vidas, generando consecuencias graves (Echeburúa, 1999, p. 49).

Restrepo (2011) menciona diferentes tipos de compradores según su conducta: sujetos con múltiples problemas o depresivos, estos adquieren como una forma de compensar su situación; las personas sin problemas graves de adaptación, pero que utilizan la compra a fin de mejorar su estado de ánimo. También se encuentran los compulsivos motivados por la venganza, que para llamar la atención de una persona cercana (generalmente la pareja), usan la tarjeta de crédito con el fin de castigar y controlar; en estos casos, la compra compulsiva se presenta como una conducta pasivo-agresiva de la esposa o esposo contra su pareja por medio de la tarjeta de crédito. También: "algunos sujetos son adictos a las rebajas, los artículos en promoción" (Echeburúa, 1999, p. 52).

Por último, se encuentran los adictos existenciales, que "utilizan la conducta de compra como una oportunidad para la construcción y expresión del propio yo, alcanzando de esta forma, una plenitud personal" (Restrepo, 2011, 3).

La mayor parte de los compradores compulsivos, la utilizan para evadir, enfrentar o compensar la situación insatisfactoria en la cual se encuentran (Aravena, Herrera, Poblete & Vera, 2006); éstas pueden surgir del propio sujeto, del entorno familiar y social o desprenderse de factores genéticos. Habitualmente, los adictos a las compras pasan por un ciclo:

- ✕ Estado de ánimo disfórico (tristeza, ira, nerviosismo);
- ✕ Excitación ante las expectativas de comprar;
- ✕ Adquisición placentera de objetos superfluos;
- ✕ Arrepentimiento y autorreproches por el dinero gastado y por la pérdida de control (sucumbir a una tentación de la que van a derivar consecuencias negativas genera siempre una sensación de malestar);
- ✕ Repetición del ciclo para la superación del malestar;
- ✕ Suele haber intentos de resistir los impulsos, pero suelen ser habitualmente fallidos (Echeburúa, 1999, p. 52).

Según De La Gándara (1996), los adictos a las compras, al pasar cerca de un centro comercial y no entrar, presentan un síndrome de abstinencia que se manifiesta por un nervosismo que solo se calma cuando entran a comprar.

Consecuencias

Como cualquier tipo de adicción, la de las compras conlleva altos costes personales, familiares, sanitarios y financieros. Por ejemplo en la esfera psicológica, aparece el sentimiento de decepción que es una consecuencia muy recurrente de esta adicción (Rook, 1987). Este sentimiento llega después de haber adquirido el producto, específicamente cuando el sujeto realiza un análisis más consciente de su inversión (Rook, 1987). Otros autores identificaron el sentimiento de culpa como una consecuencia más de esta conducta adictiva (O' Guinn & Faber, 1989). El adicto, cuando racionaliza su compra, se da cuenta de las consecuencias financieras, sociales y para su entorno.

Epidemiología

En un estudio realizado mediante una encuesta telefónica al azar en los Estados-Unidos se identificó que 5.8% de los participantes presentaban trastorno de compra compulsiva (*Compulsive Buying Disorder*, CBD) (Koran, Faber & Aboujaoude, 2006). Unos años antes, Faber y O'Guinn (1989) habían estimado que la prevalencia de esta adicción oscilaba entre 2% y 8% de la población general de Illinois. Los dos grupos de estudio utilizaron la *Compulsive Buying Scale* (CBS) (escala de compra compulsiva) (Faber & O'Guinn, 1992) para identificar los consumidores compulsivos. Otros estudios reportaron porcentajes entre 12% y 16% de la población general (Magee, 1994; Hassay & Smith, 1996). No hay evidencia que el trastorno de compra compulsiva haya aumentado en las últimas décadas.

Con base en estudios epidemiológicos conducidos en España, entre 1% y 5% de la población padecía de este mal, también llamado el *vértigo de los escaparates*, y la población femenina superaría cuatro veces la población masculina (Echeburúa, 1999).

Entre el 60 y el 80% de los adictos a las compras son mujeres (Faber et al, 1995). La mayoría de los afectados son personas en torno a los 30 años, que han empezado a adquirir de esta manera en torno a los 18/20 años (Echeburúa, 1999, p. 51).

De forma general y predecible, hombres y mujeres son adictos a productos muy diferentes. Muy influidas por la moda y preocupadas por su apariencia, las mujeres adictas se lanzan de forma descontrolada sobre los cosméticos, la ropa de vestir, la lencería, las joyas, los complementos (zapatos, guantes, gafas, entre otros) y todo lo que está relacionado con su aspecto exterior (Echeburúa, 1999, p. 52). En las sociedades modernas "las mujeres están socialmente condicionadas –al menos lo han estado– a hacer derivar la autoestima del aspecto físico". A los hombres, por el contrario, se les ha valorado tradicionalmente por ser expertos o poseer riqueza (Echeburúa, 1999,

p. 52). Los hombres son adictos al material informático, los videos, los equipos de música y los accesorios de automóviles (Echeburúa, 1999). Pero para ambos sexos, la motivación profunda es la misma: el aumento de la autoestima.

Factores causales

Como lo plantearon varios estudios (Mick, 1996; Olábarri & García, 2003; Troisi, Christopher & Marek, 2006; Dittmar, 2005a, 2005b; Rose & Segrist, 2009; Friese, 2001; Kellett & Bolton, 2009; Faber & O'Guinn, 1989) existe una correlación, una covariación positiva entre materialismo y adicción a la compra.

El materialismo fue definido por Richins y Dawson (1992) como un valor personal que hace referencia a la "importancia otorgada a la posesión y adquisición de bienes materiales, como una forma necesaria de conducta para lograr estados finales deseados, incluyendo la felicidad" (p. 307). Según Otero-López y Villardefrancos, este constructo está integrado por tres dimensiones fundamentales:

a) importancia o centralidad de las posesiones en la propia vida, b) éxito o tendencia a evaluar el nivel de logro propio y ajeno en función de la cantidad y calidad de los objetos materiales acumulados y, c) felicidad o creencia de que la posesión de bienes materiales supone una condición esencial para la consecución del bienestar (2011, p. 46).

En un estudio realizado con tres muestras (330 compradores compulsivos, 250 miembros de un grupo de consumidores y 195 adolescentes) por Dittmar (2005a), el materialismo se presentó como el principal predictor de la compra compulsiva en estos tres grupos sociales.

El otro factor causal identificado por estudios son las emociones negativas (Edwards, 1992; Valence, D'Astous & Fortier, 1988). La baja autoestima también es un factor favorecedor de la adicción a la compra (Hanley & Wilhelm, 1992; Roberts, 1998; Yurchisin & Johnson, 2004); de hecho, a ésta última se le asocia con alteraciones psicopatológicas como depresión o trastornos de ansiedad o de la conducta alimentaria (bulimia, sobreingesta compulsiva, obesidad) (Echeburúa, 1999, p. 52); problemas que además evidencian una falta de autocontrol reflejada en la impulsividad.

Asimismo, contribuyen al origen y mantenimiento de la adicción a las compras: la inexistencia de satisfacciones vitales, frustraciones, el ya mencionado estrés y vacío existencial, y problemas psicológicos, que el sujeto descomprime en el consumo y la adquisición de cosas nuevas; y la influencia de la publicidad, que empuja constantemente a la adquisición de productos.

Factores de riesgo

De la misma forma que para cualquier adicción, ciertos rasgos de personalidad predisponen las personas a padecer del trastorno de compra compulsiva: la baja autoestima y dificultades notables para adaptarse.

La población más vulnerable frente a la adicción a las compras es la de las mujeres con sentimientos de soledad, falta de confianza en sí misma/o baja autoestima, sujetas al dictado de la moda, con actividades frecuentes de adquisición de productos. Por su parte, los jóvenes también presentan una tasa de riesgo alta, dado su fuerte inclinación hacia el consumismo, probablemente por ser más vulnerables frente a los mensajes publicitarios que las personas más adultas que tienen más sentido crítico; la mayoría tiene un deseo constante de ir a frecuentar centros comerciales y comprar.

Factor protector

Una autoestima alta reduce el efecto del materialismo en la adicción a la compra (Otero-López, Villardefrancos, Castro & Santiago, 2011; Otero-López & Villardefranco, 2011; Cole, 1995; Edwards, 1992).

Otero-López, Villardefrancos, Castro y Santiago (2011), utilizando una muestra de 469 mujeres, confirmaron la adecuación de un modelo de influencias en el que el componente cognitivo del bienestar subjetivo o satisfacción con la vida actuaba como variable mediadora de la influencia de las dimensiones del materialismo sobre la adicción a la compra.

3.10.5. Adicción al riesgo

Esta adicción comprende un conjunto de conductas variadas, no excluyentes entre sí, que permiten entenderla; de este grupo, y a la que podría atribuirse su mayor popularización, hacen parte los deportes extremos, que:

Son modalidades deportivas no tradicionales, que por el alto riesgo que implica su práctica, pueden llegar a ocasionarles accidentes graves e incluso la muerte, a las personas que los practican. Paradójicamente, son deportes que han venido incrementando su práctica en los últimos años, especialmente en los jóvenes y que resultan muy atractivos (Etayo, 2009, p. 4).

Esta conducta adictiva comportamental ha tenido una fuerte presencia en las últimas décadas, afectando sobre todo a sujetos de género masculino adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes (sujetos entre 29 y de 35 años), que buscan en el deporte extremo una dosis de adrenalina motivada por los medios masivos de comunicación y las redes sociales.

Por otra parte, la práctica de Deportes Extremos ha venido en aumento debido a la creciente comercialización publicitaria y promociones turísticas, las cuales son ofrecidas sin la evaluación del riesgo implícito en estas actividades, lo que hace inevitable el crecimiento repentino en la práctica de estas actividades, especialmente, en la población de adultos jóvenes a nivel mundial (Etayo, 2009, p. 2).

En el estudio de las adicciones a los juegos extremos, aparecen los motivos por los cuales algunas personas acuden a este tipo de actividades extremas, manifestando que son llevadas quizá por su personalidad, su estilo de vida y por la búsqueda del escape de la rutina, a la cual le acreditan grandes dosis de estrés asociadas al rendimiento laboral.

Por su parte, Bonvallet (2013) expresa que las emociones inciden en la conducta del sujeto cuando practica cualquier deporte extremo:

Uno de los aspectos importantes es la emoción, la adrenalina aspectos que son característicos de los Deportes Californianos o los llamados deportes urbanos donde el practicante está en permanente peligro y al límite de las emociones. Para estos deportistas especialmente jóvenes consideran estas prácticas como estilos de vida, así se demuestra en otras prácticas como son el Skate, el Parkour donde estos manifiestan que estas prácticas les permiten vivir de acuerdo a lo que realizan (p. 4).

Al pasar los años, las nuevas costumbres y actividades creadas por las personas como medios de escape o complementarios a las personalidades buscadoras de riesgo, han dado como resultado el nacimiento de prácticas sociales dirigidas a romper los esquemas establecidos; producto de esto aparecen los juegos extremos, que aunque pudieran llegar a afectar la integridad de la persona, son atractivos precisamente por el peligro y la sensación de riesgo que acarrear. Para ilustrar, Etayo (2009) menciona en su trabajo investigativo una actividad acuática, la apnea, caracterizada por practicarse en profundidades, en un medio natural; pero además podría hablarse del surf y bodyboard como deportes extremos, sin dejar de lado los practicados en otros terrenos como los desiertos, playas, montañas, territorios rocosos o planos y hasta en el aire, por ejemplo, saltando techos de edificios o realizando el salto base; llegando así a abarcar diversas formas de esta clase de deportes, que por sus variadas modalidades permean a todo tipo de personas (Etayo, 2009).

Ahora bien, el *riesgo*, según la literatura disponible más asociada a las adicciones químicas, se define como:

El término “riesgos” denota, la “probabilidad percibida de un resultado negativo”. El buscador de sensaciones tenderá a realizar acciones que el sujeto “bajo” en esta variable probablemente considere demasiado arriesgadas. La expresión “riesgos físicos” hace referencia a la posibilidad de resultar físicamente dañado (Ramos y Garrote, 2008, p. 171).

Del mismo modo, este concepto se relaciona con el de búsqueda de sensaciones de riesgo, el cual es definido como unos rasgos de la personalidad de un sujeto que consisten en “la búsqueda de experiencias y sensaciones variadas, nuevas, complejas e intensas y la disposición a asumir riesgos físicos, sociales, legales y financieros a fin de lograr tales experiencias” (Ramos y Garrote, 2008, p. 170).

Este permanente reto de desarrollar nuevas habilidades es el que a los buscadores de riesgos los conduce a afrontar proezas y hazañas que los colocan frente a un peligro latente, aunado a la adrenalina que les genera estar jugando siempre al límite, a la necesidad de experimentar nuevas sensaciones, al gusto por lo que plantea el riesgo físico y la autoexigencia. Ahora bien, según Ramos y Garrote (2008, p. 171), la búsqueda de sensaciones está integrada por cuatro dimensiones:

- ✘ La “Búsqueda de Emociones y Aventuras”
- ✘ El factor “Búsqueda de Experiencias” (BEX)
- ✘ La búsqueda de la “Desinhibición” (DES)
- ✘ Un cuarto factor la “Susceptibilidad al Aburrimiento” (SAB)

Para el desempeño de los deportes extremos, los practicantes incurren en un entrenamiento intenso que les permite adquirir ciertas condiciones físicas, técnicas y tácticas, puesto que son conscientes de la necesidad de lograr habilidades que los faculten para realizar estas hazañas o les posibiliten disminuir los límites que posean con respecto a ellas.

Al tocar los significados y descripciones de las adicciones a los deportes con adrenalina y al peligro, se destaca que las actividades un alto nivel de emoción y esto produce en el otro múltiples sensaciones, de sentirse identificado con el otro, por medio de experiencias y emociones únicas. A partir de allí, lo que define a los adictos al riesgo quienes lo practican, es que la competencia suele ser con ellos mismos y que la superación de sus objetivos personales lleva a la continua búsqueda de nuevos desafíos, por lo que su exposición al peligro resulta ser cada vez mayor, así como la dificultad y la diversión que éste les genera; en consecuencia, de manera gradual

buscan saciar nuevos deseos y esto podría conllevar a que vaya desarrollando capacidades físicas y mentales que le ayudarán a aumentar el grado de peligro de sus actividades extremas.

Por lo tanto, los deportes extremos representan una vivencia personal de adrenalina y vértigo, que en algunas ocasiones, se encuentra unida a una serie de conductas específicas y frustraciones dadas por experiencias traumáticas y la falta de guías adecuadas por parte de padres y cuidadores. Además, de acuerdo con la literatura psicopatológica, podría estar ligada a las conductas autodestructivas, que presentan las siguientes características de personalidad asociadas a la búsqueda del riesgo:

- ✘ Hallazgo de placer inmediato.
- ✘ Poca tolerancia a la frustración.
- ✘ Tendencia a la negación.
- ✘ Angustia de pérdida del objeto.
- ✘ Omnipotencia.
- ✘ Falta de planeación a largo plazo.
- ✘ Necesidad de estimulación constante.
- ✘ Relaciones interpersonales superficiales.
- ✘ Fuerte sentimiento de individualismo (González, 2006 , p. 2)

Así mismo, cabe señalar que los deportes extremos atraen a todo tipo de personas; Etayo (2009) sugiere que son aquellos sujetos que buscan exteriorizar sus emociones, sentimientos o ideas mediante estos juegos, haciendo de esta manera realidad muchos de sus deseos más profundos.

Una de las teorías expuestas en los textos de Ramos y Garrote (2008) y Etayo (2009) es que en la conducta de riesgo existen factores neurodinámicos implicados como los relacionados con diferenciaciones genéticas que predispondrían a ciertas personas que poseen bajos niveles de dopamina, a buscar experiencias excitantes para estimular la producción del mismo. Esta idea hace referencia a las personas que continuamente buscan sensaciones y experiencias diferentes, intensas y complejas; rasgo de personalidad que logra ampliarse a la actividad física mediante la práctica de deportes inusuales o extremos.

En cuanto a lo preventivo, se utiliza la educación para los estilos de vida saludables, con la propuesta de estrategias para que estos sujetos no incurran en riesgos innecesarios para la salud y la vida, haciendo hincapié en el uso de las mayores normas de seguridad en la práctica de los deportes extremos y en el aprendizaje del manejo de sus emociones.

3.10.6. Adicción a la comida

Los trastornos de la conducta alimentaria, como son nombrados y clasificados en los manuales DSM² y CIE³ a lo largo de sus versiones y actualizaciones, son considerados como una adicción por teóricos como Woodman (1994), Echeburúa (1999), Kaye et al. (2004), Soria (2011) y Rojo, et al (2012), quienes exponen que estas patologías parecen mostrar su distintivo de comportamiento adictivo en dos de sus variantes: la bulimia y el subtipo purgativo de la anorexia nerviosa,

Quizás por compartir con el consumo problemático de sustancias una tendencia a la impulsividad que les llevaría por sí mismo al consumo de sustancias o bien, según plantea la teoría de la automedicación, para combatir determinados síntomas asociados a los trastornos de la alimentación, como las situaciones estresantes o los estados disfóricos (Soria, 2011, p. 1).

La literatura científica de carácter investigativo también demuestra las múltiples conexiones entre ambas patologías, las adicciones químicas y las comportamentales (véase Rojo et al., 2012), explicando que hay criterios diagnósticos que comparten, e incluso, modelos y teorías explicativas válidas y aplicables para comprender y tratar los dos tipos de adicciones, tal como lo afirma Soria (2011): “también es notable la comorbilidad de ambos trastornos, lo que supone una razón más para plantear una posible base común” (p. 1).

Si se miran los factores socio-culturales asociados, se ve así mismo que a lo largo de la historia de la humanidad las sustancias psicoactivas y los alimentos comparten rituales comunes y funciones en las que coinciden, por ejemplo, el establecimiento de lazos sociales, el disfrute, la celebración e incluso, la religión. De hecho, los alimentos cumplen una doble función: por un lado, una función biológica, teniendo por objetivo cubrir las necesidades energéticas del organismo; y por otro, una función social, modulada por factores hedónicos y culturales (Soria, 2011, p. 3).

² Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales sus siglas en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–DSM.

³ Clasificación internacional de enfermedades – CIE que corresponde a la versión en español derivada del inglés de ICD siglas que hacen referencia a International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Características generales (bio-psico-socio-culturales)

La hiperfagia o ingesta excesiva se presenta como una reacción a acontecimientos estresantes y da lugar a obesidad; ella, asociada a la presencia de duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, puede dar lugar a una “obesidad reactiva”, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso (Behar, 2008, p. 1592).

De otro lado, en la pérdida de control sobre la ingesta ocurren los atracones que caracterizan a la bulimia nerviosa (BN) y aquellos que se dan en determinados momentos en la anorexia nerviosa (AN) de tipo purgativo. En las adicciones a la comida también hacen su aparición varios síntomas como: el “craving” -bajo el deseo de ingerir un determinado tipo de alimento-, la tolerancia y el síndrome de abstinencia; pues la ingestión de la comida le permite a quienes la padecen, disminuir el estrés o los estados emocionales negativos. En esta conducta adictiva, comúnmente se presenta la negación del trastorno y el mantenimiento en el consumo o la supresión de los alimentos, a pesar de las consecuencias negativas y las recaídas.

No pocos investigadores e investigaciones relacionan la adicción a la comida con lo que sucede en las adicciones químicas y con otras conductas adictivas comportamentales; para el caso Rojo et al. (2012) menciona:

De hecho, si nos centramos en las características básicas del atracón, vemos en él muchos elementos comunes con las conductas adictivas: a) malestar cuando no puede realizarse; b) ingesta superior o de una duración mucho mayor del tiempo pretendido; c) «incapacidad» para reducir o controlar su realización; d) dedicación de mucho tiempo a la fase de planificación, realización o recuperación; e) frecuente interferencia con la realización de otras actividades (se aplazan relaciones sociales por ejemplo); y f) mantenimiento de tales conductas a pesar de que el individuo conozca y tema sus consecuencias negativas. Todas las características citadas parecen verse con claridad en muchos casos de BN y de TA (p. 4).

Se ve con claridad en lo planteado como este tipo de conducta adictiva relacionada con el exceso o la purgación frente a los alimentos, afecta todos los planos que configuran al ser humano como lo son el biológico, psicológico, social y cultural (Calderón, 2012), generando problemáticas que afectan la salud mental y pueden poner incluso en riesgo no solo la calidad de vida de los sujetos que la padecen, sino su existencia.

Factores causales

Estos se relacionan con los de cualquier conducta adictiva, tal como lo afirman autoridades científicas al respecto como Rojo et al. (2012):

Podemos afirmar que las adicciones a sustancias y las adicciones comportamentales tienen, al menos en parte, sustratos compartidos, y también que la desnutrición parece favorecer de manera sustancial no solo su generación, sino además dificultar su recuperación y facilitar las recaídas (p. 5).

En esta patología adictiva se encuentran factores causales de todo tipo como los antecedentes patológicos y comportamentales relacionados con las siguientes variables: hábitos alimentarios inadecuados desde la infancia, eventos traumáticos, abuso sexual, atracones, todo tipo de pérdidas, aborto provocado, uso o abuso de las sustancias psicoactivas, bullying, maltrato físico y exposición a actos de violencia psicológica (Rodríguez, 2009).

También la adicción a la comida se puede originar por factores biológicos, tales como los planteados por Soria:

Por tanto, se encontrarían niveles bajos de endorfinas tras un atracón y aumentarían en situaciones de restricción alimentaria, como podría ser una dieta o tras los vómitos produciéndose así una sensación placentera y explicándose desde un punto de vista biológico, la sensación de *displacer* y culpa asociada a los atracones y el alivio que siente tras la purga o mediante la dieta restrictiva (2011, p. 10).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo psicológicos más predominantes en pacientes diagnosticados con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son: patología dual, antecedentes de conductas adictivas a la comida en padres y familiares (Kaye et al., 2004), antecedentes de trauma, comportamientos impulsivos, pensamientos suicidas e intentos de suicidio, otras conductas de autodaño, el abuso y dependencia de sustancia psicoactivas (De Dios, 2000; Gargallo, Fernández & Raich, 2003). Rodríguez los complementa, afirmando que:

De manera similar podría explicarse la mayor proporción de pacientes con TRUS que se autolesionan o intentan suicidarse, comparada con la de aquellos que no abusan de sustancias. En el mismo sentido, la respuesta al trauma, el abuso de sustancias y los síntomas alimentarios operarían como elementos disociativos que alejan al paciente de su sufrimiento interno o lo llevan a intentar controlar de manera maladaptativa el comportamiento alimentario y el peso como alternativa ante la pérdida de control de su propia seguridad e integridad personal (2009, p. 429).

En el campo de la neuropsicología (Gómez y Alonso, 2001), se plantea la teoría de los *marcadores somáticos*, la cual relaciona ésta y otras adicciones con afecciones a nivel cerebral:

La teoría de los marcadores somáticos sostiene que las experiencias que tenemos, tanto positivas como negativas, quedan asociadas con fenómenos somáticos autonómicos, de forma que cuando nos disponemos a tomar una decisión ante una experiencia se produce una reacción somática (marcador somático) que señala su carácter positivo o negativo, facilitando o sesgando en el CPVM⁴ el sentido de nuestra decisión (Rojo et al., 2012, p. 4).

Entre los factores de riesgo psico-socio-culturales se encuentran: los ideales de belleza contemporáneos, la cultura hedónica y consumista, la crisis de valores, la crisis de la familia, el incremento del fenómeno de bullying escolar y en las redes sociales, entre otros, tal como lo reseñan trabajos clásicos como los de Woodman (1994) y Echeburúa (1999).

Factores protectores y prevención

La literatura al respecto plantea la necesidad de: generar, desde temprana edad, hábitos de alimentación saludable que surjan en la familia y se sostengan en el transcurso del proceso escolar; aplicar estrategias de desarrollo de la autoestima desde la infancia; cuestionar los cánones de belleza de la cultura posmoderna actual; prevenir el bullying desde que el sujeto inicie la etapa escolar; sensibilizar y alertar a la comunidad sobre la existencia de la adicción a la comida; generar redes de atención para las personas afectadas, tanto de profesionales especializados como de instituciones que tengan modelos científicamente validados. Esto se puede reforzar con lo planteado por Sáenz, González y Díaz, quienes afirman que:

Inferir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de enfermedades de tipo metabólico y cardiovascular y la promoción de la salud general de un individuo, siendo importante promover en los estudiantes universitarios los estilos de vida saludables, los cuales se ven influidos por variables fisiológicas psicosociales y familiares (2011, p. 194).

Tratamiento

Las propuestas al respecto combinan el tratamiento de las adicciones a la comida, las psicoterapias psicológicas y psiquiátricas y los tratamientos psico-farmacológicos, pues han demostrado su efectividad con las dos variantes de esta patología psíquica; así lo manifiestan Rojo et al. (2012): “en BN⁵ y TA⁶, por su parte, y desde hace mucho tiempo la propuesta más eficaz pasa por la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico, ya que pueden proporcionar buenos resultados” (p. 4).

⁴ Sujetos con lesiones en el córtex prefrontal ventromedial-CPVM

⁵ Bulimia Nerviosa

⁶ Trastorno Alimentario

Los TCA podrían entenderse e intervenirse también de acuerdo con el modelo teórico que proponen Prochaska y DiClemente (como se citó en Soria, 2011), que se ha aplicado ampliamente para las adicciones químicas y que referencia las siguientes etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

Así mismo, deben considerarse los antecedentes de los pacientes diagnosticados con trastorno alimentario, en cuanto a traumas e impulsividad o abuso de sustancias psicoactivas; pues, este tipo de problemáticas asociadas a las conductas adictivas a la comida influyen considerablemente en la mala adherencia del sujeto al proceso, aún más, en su deserción temprana del tratamiento y las recaídas durante o postratamiento (Rodríguez, 2009).

Estas propuestas muestran la importancia de propiciar los escenarios aptos para la prevención y el tratamiento, de manera que los espacios generen en los sujetos la posibilidad de ser intervenidos de una manera pronta y apta, en la que participe personal profesional cualificado e idóneo, que potencialice en ellos los estilos de vida saludables.



4. Resultados

Esta investigación da cuenta de las principales representaciones sociales que los profesionales de las ciencias sociales y de la salud expresan, a partir de su cotidiano desempeño laboral, sobre el manejo de pacientes o personas que en algún momento de su vida se hayan enfrentado a una adicción comportamental.

A partir de los diálogos con estos profesionales, se hace referencia a sus percepciones, creencias, actitudes, imaginarios y contextos de producción sobre el tratamiento de las adicciones comportamentales en cada una de las instituciones donde ejercen su profesión. Estos análisis cualitativos aproximan a las representaciones sociales que tienen estos profesionales, ya que conducen a una mirada del quehacer diario de las instituciones que trabajan con este fenómeno social.

Sin embargo, para hablar de las representaciones sociales que los profesionales dedicados al tratamiento de las adicciones comportamentales tienen acerca de las mismas, es necesario, primero, tener en cuenta cómo conciben al ser humano; y posteriormente, a partir de su testimonio sobre cómo se ha intervenido la adicción comportamental, recuperar aspectos socioculturales y psicosociales que ayuden a comprender el tema.

4.1. Concepción del ser humano

Ante las amplias y diferentes nociones de *ser humano* que tienen quienes ejercen las Ciencias Sociales y de la Salud, cuando se les preguntó cómo lo definían, los hallazgos se distribuyeron en varias categorías: ser biopsicosocial, ser espiritual y ser holístico; a partir de estas clasificaciones, se establecen los componentes para el desarrollo del concepto, basados en una mirada subjetiva asociada a las representaciones sociales de los participantes, quienes desde su diario y cotidiano vivir profesional crean juicios para dar cuenta de lo que es el hombre en sus múltiples dimensiones.

En los discursos de los expertos en la prevención y tratamiento de las adicciones, se reconoce al *ser* de forma integral; esto implica admitir que las variadas facetas experimentadas por el hombre se desarrollan en su máxima expresión y, por consiguiente, es capaz de transformar, crear y pensar; así, los profesionales lo ubican en el lugar de un ser holístico.

4.2. Ser humano biopsicosocial y espiritual

Si bien lo biopsicosocial es un enfoque que ha sido representativo en el trabajo con las comunidades en los ámbitos de la salud mental, los profesionales entrevistados relacionan el primer elemento con lo biológico dentro de los factores asociados a la fisiología humana. Entre tanto, en el segundo elemento, psicológico, reúnen áreas del ser humano como la cognición, la emoción y las conductas. En cuanto al tercer elemento, social, refieren los contextos donde el ser humano se desenvuelve.

De acuerdo con lo anterior, dentro de las representaciones que atañen a esta categoría y que se pueden identificar en los enunciados de los profesionales, aparece la concepción del ser humano como compuesto de varias dimensiones asociadas a lo emocional, lo biológico y lo social. Los participantes mencionan al hombre como un actor que es inherente dentro del desarrollo en el escenario social, puesto que avanza para mantener su existencia; así mismo, aluden a que convive con situaciones de las cuales no tienen control, en ellas se refieren al conflicto, a los defectos asociados a la conducta y otros por mencionar.

Es un ser completo, es un ser social, es un ser relacional, es un ser sexual, es un ser biológico, un ser espiritual, es un ser psicológico, el ser humano es la integralidad grande. El ser humano es una riqueza (entrevista personal).

Para mí, el hombre es un ser integral, es decir, está compuesto por varias dimensiones como lo emocional, lo biológico, lo social, también la familia es un factor muy importante y determinante para describir al hombre (entrevista personal).

Otros conceptos asocian la particularidad de *ser* persona al desenvolvimiento en lo social y en lo íntimo. Al respecto de lo primero, surgen situaciones sociales comunes del hombre en la relación con el otro, algunas nombradas como conflictos. En cuanto a lo segundo, los escenarios referidos a lo íntimo relacionan al ser con los defectos individuales. Los discursos de los participantes muestran la intención de no etiquetar al sujeto o inducirlo a patologías cuando presenta ciertas conductas que no responden al orden social, para este caso, asociadas a las adicciones comportamentales.

Es una persona con conflictos y con defectos, sin embargo, no se le puede etiquetar con una patología y reducirlo solo a eso, porque así esté enfermo, él no es solo eso, es un ser con costumbres, valores y capacidades. También hay que tener en cuenta que el hombre no se debe de victimizar cuando comete un error o cuando está enfermo, puesto que lo que hace es parte de su responsabilidad (entrevista personal).

Además, algunos de los expertos sugieren que existen otros significados que encajan en dimensiones psicológicas del ser humano, se nombra la relación de las pulsiones, los lugares de deseo, los deseos del otro como componentes que hacen parte de

lo biopsicosocial. Esto es considerado relevante, puesto que relaciona elementos que aportan al desarrollo del ser humano en el contexto social. Lo que importa observar en estas dimensiones, es que hacen parte del equilibrio en los procesos vitales de la vida de un hombre. Así lo refieren algunos de los participantes:

Para mí el ser humano es un ser biopsicosocial, esas tres esferas deben estar relacionadas para que el ser humano sea eso, sea un ser, de alguna manera desde lo biológico existen las pulsiones, los deseos; lo social obviamente porque el ser humano siempre viene constituido desde el deseo del otro, y tenemos lo psicológico, ese componente psicológico y el componente emocional (entrevista personal).

El ser humano, para mí es construido desde la integralidad, donde hay varias dimensiones y esas dimensiones hacen que generen equilibrios dentro de los procesos vitales de la vida, entonces la dimensión biológica, bio fisiológica, la concepción emocional desde la dimensión emocional, psicológica, social, cultural (entrevista personal).

Por todo lo anterior, lo biopsicosocial que se nombra como complemento de la definición de ser humano, conduce a que el hombre, además de ser biológico como tal, requiere de otros elementos sociales y psíquicos para comprenderse y analizarse; esto es, una mirada sistémica:

Es como un sistema, una concepción sistémica donde todo se interrelaciona con todo; y el ser humano es una mezcla de cosas en cada una de sus partes, que se mencionan acá, lo biológico, psicológico, cultural, tiene un componente indispensable (entrevista personal).

Por otro lado, los participantes comparten en la definición de *ser humano* la condición espiritual y la presentan como un componente indispensable, pero no único, para la existencia del hombre. Plantean que lo trascendental del ser humano está referido a la espiritualidad y esto conlleva a comprender la existencia en relación con un ser superior, que legitime lo bueno y regule lo malo en las acciones que se hacen cotidianamente.

Y por supuesto se integra también el concepto, cada vez con más fuerza, de la espiritualidad o más de ese ser trascendente; entonces, el ser humano es concebido desde esas dimensiones y esas dimensiones hacen que entren en equilibrio o desequilibrio aspectos de su vida (entrevista personal).

Es un ser vivo, que siente, tiene capacidad de conciencia, me parece que es absolutamente importante el tema biopsicosocial, tiene una parte biológica, lo define la sociedad, lo define su formación mental personal y yo diría que hasta espiritual (entrevista personal).

En los discursos de los profesionales, se destaca que la espiritualidad ayuda al hombre a comprender algunas áreas transpersonales asociadas a las condiciones biológicas, psicológicas y sociales. Según los actores sociales indagados, lo anterior

aporta al papel del proyecto de vida existencial de las personas intervenidas que padecen de alguna adicción comportamental, con quienes el trabajo terapéutico consiste en soportar la existencia del ser en los contextos sociales.

4.3. Ser humano holístico

Entre las percepciones conceptuales del hombre, el enfoque holístico surge de forma importante. Éste integra diversas dimensiones del ser humano, visto como un *todo*, completo y total: “Es holístico, pienso que el ser humano se mueve en todas esas áreas” (entrevista personal). A lo anterior, se integra el conocimiento del profesional generado por la experiencia, para relacionar otros elementos epistémicos para comprender al ser humano. “Es el todo, en el que voy a centrar mi interés” (entrevista personal). Los aspectos que se describe en estos aspectos son los que están relacionados con el cuerpo, la psique, las emociones y el espíritu.

El ser humano es un sujeto en permanente crecimiento, está indeterminado, todos los días aprende cosas, todos los días revisa como mejorar la resolución adecuada de problemas, todos los días crece y finalmente pues es lo que le ayuda a estar en permanente crecimiento y formación (entrevista personal).

Para mí, el ser humano es el único ser vivo con posibilidades de desarrollo, cierto, que puede transformar el mundo, que puede transformar sus hábitos, que puede cambiar, que puede reconectarse con su esencia íntima, para hacer cada día mejor las cosas, para mí, el entorno interfiere su desarrollo y el a su vez lo modifica (entrevista personal).

Agregando a lo anterior, los participantes mencionan que el hombre está en diversos entornos y que de allí aparecen otras representaciones sociales, que hacen comprender que vive diferentes realidades y en múltiples funciones. Algunas de las referencias que éstas traen no pueden ser sometidas a situaciones problemáticas menores, ni mayores; son realidades y por lo tanto, su no clasificación las pone en un lugar neutro.

Dentro de este contexto de indagación sobre el concepto de ser humano, dos de los entrevistados no se ha detenido en alguna corriente específica para definir al hombre, sino que interpretan el concepto abiertamente y de manera más consciente. Uno de ellos dice:

No me paro en una corriente específica, sino que tengo una concepción del ser en sí en sus posibilidades de desarrollo, él es el único que puede hacer cambios, hacer consciencia de sí, que logra dentro de sus posibilidades del desarrollo humano ser lo que es, ahí es que lo sitúo, pero no desde una corriente específica (entrevista personal).

Otros dos participantes mencionan que han construido el concepto a partir del *todo* del hombre, asociando cuerpo, mente y trascendentalidad. Uno de los profesional encuestados va más allá de lo relacionado con el *sí mismo* y afirma que es importante ser competente para resolver los problemas de manera propia, así lo afirma: “alguien que es capaz de desarrollar su cuerpo, su mente, su capacidad trascendente, alguien que es capaz de pensar en sí mismo, alguien que es capaz de resolver sus conflictos, ese es un ser para mí” (entrevista personal).

Diferente del caso anterior, otro profesional, desde la mirada holística del hombre, define al ser humano como un ser transformador de su propia historia, ser consiente de crear sus propias posibilidades y de darse oportunidades para vivir.

El ser humano es el único ser vivo que puede cambiar su historia, creo que es la diferencia que tiene con cualquier otro ser vivo de este planeta y que la paradoja es que en esa posibilidad que tiene de cambiar su historia, la repite o se sujeta a asumir la historia, pero me parece que el ser humano de ahora, el que estamos habitando, tiene esa posibilidad y es una posibilidad que creo se le está llegando la fecha de vencimiento, porque lo que el humano ha hecho con este planeta lo está llevando a que tome una decisión en pocos años que es cambiar o nos destruimos, yo creo que ya no hay más oportunidades (entrevista personal).

La interrelación entre lo biológico y lo social puede permitir entender mejor al hombre y obliga a conocer otras perspectivas que tiendan a comprender la razón de su existencia; por ejemplo, a diferencia de los otros seres vivos, cuenta con capacidades para la planeación y la construcción de la realidad, basado incluso en su pasado y en lo que desea para su futuro. Justamente, uno de los profesionales expresa que el hombre “es una especie con características distintivas de las especies animales, ósea que cuenta con una capacidad de razonamiento, con una capacidad de planear, de proyectarse hacia el futuro, de mirar hacia el pasado” (entrevista personal).

A lo largo de esta exposición el profesional agrega:

Ese ser humano llega a la vida en un contexto de familia, de sociedad, lo que también trae consigo como unos dones, unas capacidades, unas virtudes y que por sí solas no representarían algo para él. Veo al ser humano como alguien que viene a vivir en sociedad, a vivir con los demás y a desplegar unas capacidades y unas virtudes en un contexto social (entrevista personal).

Lo anterior es aplicable a las percepciones y creencias que tienen los participantes del concepto del hombre como un *todo*, en cuanto, nuevamente, logra relacionar lo cultural, lo espiritual, lo emocional y lo intelectual.

4.4. Ser humano con capacidades

Si bien el hombre construye cotidianamente su proyecto existencial, basado en los estilos de vida que va definiendo en las relaciones con los otros con los que se relaciona, este delinea sus capacidades como ser humano, a partir de reafirmar los estilos de vida que individualmente genera con las relaciones sociales con sus pares su familia, la comunidad, entre otros, que le permiten construir acciones que conllevan a transformar su propio entorno. Así lo describen algunos profesionales:

El ser humano es un sujeto en permanente crecimiento, está indeterminado, todos los días aprende cosas, todos los días revisa como mejorar la resolución adecuada de problemas, todos los días crece y finalmente pues es lo que le ayuda a estar en permanente crecimiento y formación (entrevista personal).

Para mí el ser humano es el único ser vivo con posibilidades de desarrollo, cierto, que puede transformar el mundo, que puede transformar sus hábitos, que puede cambiar, que puede reconectarse con su esencia íntima, para hacer cada día mejor las cosas, para mí el entorno interfiere su desarrollo y él, a su vez, lo modifica (entrevista personal).

Otro tópico propuesto por los profesionales es que en el trabajo terapéutico que se tiene con las personas que por circunstancias personales viven algún cambio en su conducta causado por la adicción comportamental, ellas a pesar de sus problemáticas tienen capacidades, para ubicarse frente al problema, una de ellas es la actitud para comprender la situación en la que se encuentran. Estas capacidades intuitivas logran, además, que el hombre desarrolle tareas de manera autónoma, dándole un sentido propio y un lugar para poder trascender sus problemáticas.

Todas las miradas de los profesionales que trabajan en instituciones que intervienen adicciones comportamentales recogen elementos importantes para pensar el ser humano, no desde discursos de autores tradicionales, sino desde uno propio, basado en su experiencia.

4.5. Adicto comportamental

Una de las características de la adicción comportamental es que interfiere con gran complejidad en la vida cotidiana de las personas que la padecen. Al analizar cómo definen los profesionales encuestados el adicto comportamental, se identifican cinco modos: en función de las fallas en el control de conductas de quienes viven la experiencia; según la funcionalidad o disfuncionalidad; a partir de quien demanda atención; a partir de rasgos de personalidad; dependiendo de la clase social a la que pertenece el adicto.

Con la adicción comportamental, el sujeto tiene una pérdida del control sobre su comportamiento, generando obstrucción en varias áreas de la vida social, familiar e individual. De los profesionales entrevistados se recogen algunas representaciones sociales sobre esta categoría.

4.6. Adicto comportamental: fallas en control

Los participantes de esta investigación, basados en la experiencia del trabajo de intervención, precisan este tipo de adicción a comportamientos que despiertan ansiedad en el sujeto, que no logra ser controlada y estimula la pulsión provocando repetir el acto y, por ende, las fallas de control. Es decir, los participantes se refieren a actos que el sujeto vive y que le generan placer, sobrellevándolo a desequilibrios. Así lo expresan algunos de los profesionales:

Toda persona que genere una adicción es cuando uno lo ve desesperado, ansioso, haciendo otra cosa distinta a lo que le gusta hacer, entonces es una conducta que los atrae (entrevista personal).

El adicto comportamental es aquel que no es capaz de detenerse frente a una conducta que le genere placer (entrevista personal).

En la misma línea, otro de los profesionales indica que la adicción comportamental tiene incidencia en el control del sujeto, la conducta es repetida de forma compulsiva y el sujeto experimenta tranquilidad cuando se encuentra los espacios en que le gusta estar; mientras que otro participante menciona que este comportamiento es una falla en el control de la conducta; así lo sustentan:

Por ejemplo, los adictos al trabajo, entonces uno los ve que no se sitúan en el área familiar, los ve desesperados todo el tiempo haciendo, buscando la forma de estar en contacto con el trabajo, entonces yo diría que la conducta que los identifica es cuando la persona repite de forma compulsiva una conducta y no lo ve uno cómodo en otros escenarios distintos a lo que le gusta hacer o eso que necesita hacer para sentirse tranquilo (entrevista personal).

Para mí, la característica básica tiene que ver precisamente con las fallas en el control de su conducta (entrevista personal).

4.7. Adicto comportamental: funcionalidad

Llama la atención esta categoría, puesto que tres de los participantes se refieren a la adicción comportamental por la funcionalidad del sujeto en los contextos donde vive la experiencia; es decir, cuando ésta no es confortable surge la disfuncionalidad, provocando cambios en el entorno del individuo.

Una persona mientras no empiece a generar disfuncionalidad, mientras esté en su sitio de confort y todo funcione de manera adecuada, normalmente no se dará cuenta que tiene un problema de adicción, entonces la gente se empieza a dar cuenta que tiene una dificultad cuando el círculo que lo rodea empieza a prender las alarmas (entrevista personal).

A lo anterior, el profesional agrega que los factores sociales son los que generan las alarmas para identificar y detectar cuando un sujeto tiene cambios en su conducta. Continúa diciendo:

Venga, usted no está durmiendo, usted en que se está gastando la plata, usted se está cerrando, ya cada vez tiene menos amigos, está descuidando su presentación personal, o está dejando de ir al trabajo, aislándose de sus compromisos sociales, es decir, varios indicadores que a nivel social empiezan a generar alarmas y eso va llevando a la persona a que se dé cuenta que está haciendo cosas que ya no son normales (entrevista personal).

Otra experiencia alude a la compulsión como un elemento que afecta las relaciones interpersonales:

Se ha visto que no es solo con los juegos, sino con nuestro quehacer y con lo que vamos explorando que si hay un exceso o una compulsión, pues puede generar dificultades en nuestra manera de relacionarnos, porque definitivamente lo que marca el tema de la adicción es la relación que se establece, en este caso, con un comportamiento o con una sustancia (entrevista personal).

Sin embargo, el tema de la funcionalidad en la conducta que tiene un sujeto, altera su comportamiento inmediatamente y genera otros cambios relacionales entorno a espacios que son de lo íntimo, como lo es la familia, las relaciones de pareja, el trabajo. Según uno de los profesionales, estos cambios afectan las dimensiones del ser humano en cierta medida y ahí aparece la necesidad de ser intervenido:

Bajo el criterio de la funcionalidad del ser humano, lo mismo que los trastornos psiquiátricos o los trastornos del comportamiento, básicamente se empiezan a identificar o a clasificar cuando las dimensiones de la funcionalidad se empiezan a deteriorar, que tiene que ver con lo relacional, cómo se relaciona el sujeto con su familia, con su esposa, con el mundo, con la productividad, el trabajo, el estudio y con lo lúdico, cómo disfruta la vida, entonces en la medida que se van deteriorando estas dimensiones del ser humano y ese ser humano empieza a girar su vida en torno a un comportamiento cliché específico, ya ahí aparece esta persona con un deterioro o con una necesidad de ser intervenido o tratado (entrevista personal).

4.8. Adicto comportamental: ¿quién demanda atención?

Los profesionales encuestados pueden encontrar que los usuarios expresen que tienen este tipo de conductas:

Sobre todo en la demanda del usuario. Muchas veces el usuario viene y ya tiene esa demanda, o sea, es más, es él quien sostiene y piensa que ya eso le está generando dificultades, desde ahí partimos para considerarlo como una adicción (entrevista personal).

Según este profesional, el adicto comportamental se define por su solicitud: es adicto quien pide ayuda, porqué tiene conciencia de las consecuencias negativas que le trae su problema.

4.9. Adicto comportamental: rasgos de personalidad

Si bien se comprenden desde la Psicología rasgos de la personalidad del adicto comportamental, aquí se presentan algunas características percibidas por los entrevistados. Una de ellas es la narcisista que, según la conducta del paciente, busca recuperar la omnipotencia, reducir su complejo causado por experiencias negativas en la vida del sujeto:

Los adictos comportamentales siempre tienen rasgos narcisistas muy marcados y es porque de alguna manera buscan recuperar esa omnipotencia infantil que tenían en un inicio y de ahí, es el hecho de que la adicción comportamental no es tan reconocida por ellos mismos porque ellos sienten que un adicto es simplemente el que ingiere alguna sustancia. (...) Esos rasgos narcisistas son muy marcados y también va muy ligado a las enfermedades maniaco-depresivas, el adicto siempre va muy ligado a ello (entrevista personal).

Otro de los rasgos de personalidad son los actos repetitivos que no trascienden la conducta; es decir, aquellos que logran aprender y se realiza de manera mecánica. Estos comportamientos, igual que otros, generan estímulos positivos y al cambiarlos provocan ansiedad y cuesta dejarlos.

Son personas impulsivas, poco reflexivas, que no miden la consecuencia de sus acciones, son personas que no trascienden su conducta, entonces lo hacen de manera mecánica, de manera automática, como un aprendizaje ya muy elaborado que les va a costar dejarlo, entonces son personas que usted puede observar ansiosas, aceleradas, a veces deshonestas, y que toda esa conducta y que todas esas actitudes explican que algo le está pasando no importa la adicción que sea (entrevista personal).

4.10. Adicto comportamental: según condición social

Las condiciones sociales, de alguna manera, son escenarios en donde las personas que tienen alguna adicción en la que esté involucrada su conducta, pueden ser clasificadas en tanto dichas condiciones. Precisamente lo expresa un profesional: "Claro, si esa misma persona es sumamente rico y poderoso posiblemente sea clasificado más bien como un excéntrico o hasta como un sibarita, en fin le darían otra clasificación" (entrevista personal).

4.11. La concepción sobre la adicción

Al analizar las concepciones de la adicción que presentan los entrevistados, un hecho que se destaca es la heterogeneidad y lo impreciso de las definiciones: solo dos participantes -entre trece- nombraron referencias:

Desde la Organización Mundial de la Salud es una enfermedad, donde una persona no solo con una sustancia, sino con un comportamiento, empieza a tener dificultades que involucran su libertad y generan dificultades en el control de esa situación, generando disfuncionalidad en su vida cotidiana (entrevista personal).

Efectivamente, la OMS (2010, 2013) define la adicción como una enfermedad física y psico-emocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

Uno de los entrevistados cita a Coleman (1989): “una adicción es una automedicación autoadministrada que pretende disminuir, ocultar o tapar lo incomodo, absurdo y doloroso que puede generar vivir, es decir, es un mecanismo adaptativo que obedece a un sistema” (entrevista personal).

Se podía esperar que los profesionales (calificados y con experiencia significativa) acudieran más a la extensa literatura sobre las adicciones y a las numerosas definiciones dadas desde las diferentes áreas de las ciencias sociales y de la salud; por lo contrario, la mayoría acude a definiciones imprevistas:

Para nosotros, la adicción es la manifestación que la persona está haciendo a partir de muchas cosas que ha vivido y que de alguna manera ha integrado a su experiencia y lo llevan a vivir en el aquí y el ahora de una manera no funcional (entrevista personal).

La adicción (...) es el síntoma de que algo en el sujeto está conflictuando (entrevista personal).

Es una anomia de la interacción social de los seres humanos, entendida la anomia como la incapacidad que tienen las instituciones de una sociedad para frenar la propia tendencia de muerte (entrevista personal).

Una enfermedad neuropsiquiátrica (P12).

En este estudio participaron profesionales de diferentes carreras y formaciones: médicos, psiquiatras, psicólogos; sin embargo, ninguno de los participantes retoma únicamente la definición de la adicción de su disciplina, como lo permitió identificar las dos preguntas: ¿Para usted qué es una adicción? y ¿Usted cómo concibe la adicción desde su disciplina?. Para el caso, los participantes de formación médica y psiquiátrica, sí mencionan la dimensión biológica y química de la adicción, pero la completan con su dimensión psicológica y social.

De otro lado, los conceptos de los entrevistados se caracterizaron por su heterogeneidad; es así como, dentro de los discursos de los profesionales, aparecen principalmente tres concepciones de la adicción:

4.11.1. La adicción como una conducta

Cinco profesionales (P01, P03, P13, P05, P11) presentan esta noción. Ellos insisten en la dimensión repetitiva de la conducta para concebir la adicción y solo uno hace referencia al abuso.

Todos estos profesionales que conciben la adicción desde una perspectiva esencialmente conductual, no hacen la distinción entre las conductas adictivas comportamentales y las adicciones a sustancias. Con algunos participantes se percibe que esta concepción unida (con sustancias-comportamental) se presenta “por defecto” porque no explicitan este posicionamiento, no lo respaldan por reflexiones. Se puede formular la hipótesis que en estos profesionales la ausencia de distinción proviene más de una ausencia de profundidad en la reflexión, que de una elaboración conceptual, tal como se observa en sus discursos:

Lo que desencaja a la persona así en su estructura y la lleva a comportarse de una manera inadecuada (...). El acercamiento a alguna sustancia o a un tipo de comportamiento (entrevista personal).

Es una necesidad de hacer algo y de volverlo un hábito hasta volverlo una dependencia (entrevista personal).

Una adicción es una conducta repetitiva que termina produciendo alteraciones en la esfera biopsicosocial de los sujetos, es cuando un acto repetido sea tomar una sustancia o repetir un acto, termina produciendo problemas emocionales, problemas sociales o problemas laborales o problemas académicos (entrevista personal).

4.11.2. La adicción desde una perspectiva humanista, psicológica

Cinco participantes conciben la adicción como un fenómeno que surge desde un contexto individual, tomando en cuenta la experiencia del sujeto, su historia de vida. Estos profesionales consideran la adicción como la parte emergida del iceberg, como el producto de otras causas más profundas al nivel afectivo y psicológico. Ellos miran la adicción como un resultado de la historia de vida del sujeto. Por lo tanto, se podría también hablar de una concepción psicológica, dado que la adicción es vista como un fenómeno que surge desde un contexto individual:

Es una forma restrictiva de estar en el mundo, es una forma de ser y estar en el mundo y actuar en el mundo, de modo que limita ese despliegue de las capacidades humanas y que la vida se convierte en la repetición de un mismo acto compulsivo donde la libertad del individuo se va reduciendo, donde genera sufrimiento para sí mismo y una limitación en el desarrollo de sus potencialidades y de poderlas compartir; y que también afecta mucho la capacidad de disfrute para sí mismo y de proporcionar disfrute a los demás (entrevista personal).

4.11.3. La adicción concebida como una enfermedad

Algunos los entrevistados considera que la adicción es una enfermedad que tiene diferentes componentes (P04, P08, P12, P10, P11). Entre las definiciones se tiene: “una alteración que modifica el pensamiento, el comportamiento, y las emociones” (entrevista personal); “una enfermedad” (entrevista personal); “es una enfermedad, que se podría llamar neuropsiquiátrica, tiene componentes neurológicos, físicos y genéticos, tiene componentes mentales, emocionales, personales, sociales” (entrevista personal).

Todos los participantes presentan la adicción como un fenómeno multicausal, multifactorial, que se debe comprender con una mirada amplia a la totalidad de los factores en juego y, particularmente, al pasado y la historia familiar del sujeto. En cuanto al abordaje institucional de la adicción, la mayoría de los participantes (P04, P08, P12, P10, P11) presentan una concepción de la adicción como una enfermedad, el adicto es percibido como una persona enferma. La otra representación dominante es la adicción como problema transitorio de salud mental.

4.12. La concepción de la adicción comportamental en los profesionales entrevistados

Al igual de la percepción de la adicción en general, los profesionales no se quedan en una definición disciplinaria, sino que presentan cuatro tendencias a la hora de dar cuenta de las adicciones comportamentales.

La primera y más recurrente (ocho participantes), presenta la adicción comportamental desde la perspectiva de las adicciones químicas, de las cuales están concebidas como una variante: “Es una adicción en las cuales no hay una sustancia que afecte directamente el sistema de recompensa del cerebro y la mente” (entrevista personal); “que no hay una sustancia química que está ingresando al cuerpo de una persona, no hay un agente químico externo, eso sería la forma más simple de yo hablar de una adicción no química” (entrevista personal).

En otra apreciación dice un profesional:

Serían adicciones que se desarrollan a través de actividades, o sea, comportamientos que generan placer, pero que su uso -la repetición de este comportamiento- lleva a que se genere en una adicción con los mismos parámetros que se tiene para la sustancia, o sea, las mismas situaciones de intolerancia, de abstinencia, de necesidad de incrementar la conducta, de no poder impedir lo que se sabe que es perjudicial (entrevista personal).

Una segunda tendencia está marcada por definiciones muy generales, imprecisas y vagas; por ejemplo: “cualquiera de las acciones que el ser humano puede vivir en su medio externo común y corriente y que le pueden generar placer” (P8); “van siendo más que todo una dependencia psicológica” (entrevista personal).

En la tercera tendencia, las adicciones comportamentales son vistas como falta de control. Tres participantes la entienden como una pérdida de control: “son aquellos hábitos instaurados en el individuo, hábitos que de alguna manera se desbordan en conductas compulsivas” (entrevista personal); “para hablar de una adicción tendríamos que entenderlo como la falla en el control, en el manejo del tiempo y la regulación de estas conductas” (entrevista personal); “está relacionada con conductas que se salen de control y que generan disfunción en una persona” (entrevista personal).

La última tendencia es la ya mencionada comprensión de la adicción comportamental como la repetición de un acto: “Un adicto comportamental es cuando una persona repite un acto, pero en la repetición de ese acto, llámese hacer ejercicio, llámese comprar, llámese sexo, llámese trabajo o llámese jugar en un casino, termina produciendo problemas” (entrevista personal).

De otro lado, la ludopatía fue el comportamiento más mencionado. Este tipo de adicción trae importantes consecuencias negativas al entorno social y familiar del adicto: dificultades pecuniarias, en particular cuando se relaciona con los casinos; o aislamiento social, cuando se trata de video juegos. Estas consecuencias graves para el/la adicto/a y su entorno afectan consecuentemente la “emergencia” de esas patologías: las personas que sufren de estos trastornos son más orientadas hacia las instituciones y más intervenidas. Posiblemente, esta adicción comportamental no sea la más importante, sino la más patente. En este sentido, Killinger (1993) afirma que la adicción al trabajo es probablemente el trastorno más presente y problemático en nuestras sociedades. No obstante, poco aparece y es atendida por ser una adicción “socialmente aceptada” y hasta valorizada.

Por su parte, la adicción a las tecnologías es mucho más visible y detectada por el entorno social y familiar que las adicciones al sexo, a las compras, o los trastornos alimentarios dado que estos trastornos pertenecen en mayor medida a la vida íntima del sujeto y que, por lo tanto, son más escondidos.

Los discursos de los profesionales resumen bien esta situación:

Las adicciones comportamentales son muy aceptadas socialmente, o sea, la gente no las identifica, nuestra sociedad todavía no está preparada para identificar esto, las que el mundo identifica o ataca o quiere contrarrestar, son las adicciones a los fármacos a las spas; las comportamentales son aceptadas socialmente, a un chico nunca lo van a meter a un centro de rehabilitación por vivir metido al computador, lo regañarán, le llamarán la atención, pero sus padres no sienten que eso sea algo que le esté causando un daño cierto. Los adictos al trabajo se camuflan perfectamente porque son gerentes de empresas, son personas que para las organizaciones son excelentes trabajadores (entrevista personal).

Que alguien tenga un problema de juego patológico o adicción al sexo o a la pornografía puede que, el paciente como dicen yo no le dije y él no me preguntó, o sea que como no se piensa, no se pregunta por ellas, como no se pregunta por ellas y en parte son vergonzantes, pues, el paciente no consulta, o sea que un campo de diagnóstico que puede ser la atención primaria, la atención del médico general, se queda como un marco subutilizado donde pudieran identificarse estas situaciones problemas, pero también existe una oferta limitada de ayudas a las adicciones comportamentales, pues entonces no se identifican, pero tampoco se está haciendo la visibilidad de la oferta de formas de ayuda. Hay un desarrollo muy modesto todavía de la oferta de servicios en el campo de las adicciones comportamentales (entrevista personal).

4.13 Representaciones sociales sobre el tratamiento

En el análisis de esta categoría sobresalieron ocho tendencias con respecto a las representaciones sociales sobre el tratamiento de las adicciones comportamentales, ellas son: tratamiento clínico, tratamiento cognitivo-conductual dimensional, interdisciplinar-multidisciplinar, tratamiento similar a las adicciones a sustancias, protocolo de atención según necesidades especiales, orientación–remisión, terapia familiar y terapias grupales. De cada una de ellas se realiza a continuación un análisis en sus elementos sustanciales.

Tratamiento clínico

Las representaciones sociales sobre el tratamiento para los adictos comportamentales que aparecen en los profesionales indagados, apuntan a que el paciente logre concientizarse de su adicción, comprenda y acepte que es un problema neurobiológico con el que convivirá el resto de su existencia, lo controlará, pero no se curará; por ello debe encontrar la motivación necesaria para emprender el tratamiento, abandonar paulatinamente la conducta adictiva repetitiva, construyendo un proyecto de vida desde el cuestionamiento sobre qué quiere hacer con sus aspectos personales

aprendiendo a identificar y manejar los factores de riesgo y a controlar la problemática adictiva a partir de psicoterapias que le apoyen para superar la dependencia desde lo social, lo familiar y lo individual. En palabras de uno de los profesionales indagado:

Lo que uno busca con los pacientes es lograr que hagan conciencia del problema que tienen o pueden tener, que encuentren motivaciones para dejar de hacer esa conducta repetitiva y que tiene que ver con su proyecto de vida, valorando cuáles son los riesgos y las consecuencias que le trae a su vida el practicar ese acto repetitivo que se convierte en adicción (entrevista personal).

El tratamiento desde esta perspectiva clínica psicológica y médico psiquiátrica, también exige del profesional que piense en los factores causales del comportamiento adictivo, pues aquí se destaca lo patológico compulsivo disfuncional que está detrás de los comportamientos o actividades que se van consolidando en hábitos y maneras de pensar que soportan la adicción y se deben abordar desde lo clínico psicológico y lo farmacológico.

Tratamiento cognitivo–conductual

Se reconoce en la actualidad la importancia de la intervención desde la corriente de la psicología cognitivo-comportamental, no solamente en el campo de la investigación y la conceptualización sobre las adicciones tanto químicas como comportamentales, sino que se habla específicamente del valor de la terapéutica propuesta desde este enfoque de tratamiento en la clínica particular y desde los modelos de tratamiento institucionalizados. Al respecto, un profesional de la psicología afirma desde su representación social:

Yo pienso que desde la terapia conductual es más fácil abordar el trastorno comportamental en este caso y pensaría que sería el adecuado para este tipo de trastornos; con una intervención desde la parte psicoterapéutica conductual podríamos llegar a un cambio de conducta (entrevista personal).

Tampoco es desconocida la amplia proliferación de literatura circulando en el ámbito internacional, nacional y local, que gira alrededor de las concepciones principales de esta corriente que hace énfasis en la modificación del repertorio de conductas, la modificación de pensamiento, el procesamiento adecuado de la información, el cuestionamiento de las ideas irracionales, el control de los impulsos, entre otras conceptualizaciones centrales y dispositivos terapéuticos que se originan en esta corriente de la psicología contemporánea. Al respecto, uno de los actores a los cuales se le preguntó, afirmó que:

El planteamiento de las adicciones comportamentales ha girado mucho sobre trabajar en la modificación de pensamientos y conductas y sobre todo un componente súper fuerte en el control de impulsos, cierto, que el asunto no es que se deje de practicar el comportamiento sino que se pueda controlar el comportamiento que no agrada, es básicamente el fundamento (entrevista personal).

Dimensional

Entre los enfoques adictivos es común encontrar el enfoque dimensional, que obedece a la lectura de la génesis, desarrollo y patologización de las conductas adictivas desde las diversas dimensiones que configuran al ser humano como lo son la física, psicológica, social, cultural e incluso dentro de esta última, la dimensión religiosa, espiritual o trascendente.

Este enfoque se caracteriza por su abordaje desde una marcada apuesta hacia el humanismo, por ver en el problema adictivo un proceso integral donde se conjugan multiplicidad de factores provenientes de las diferentes dimensiones humanas que configuran la adicción y que deben estar intervenidas para lograr la recuperación integral del adicto. En términos de uno de los profesionales encuestados:

Implicaría dos enfoques: un enfoque hacia la persona, un enfoque que no esté centrado en el comportamiento adictivo llevándolo hacia las drogas sería tener un enfoque drogo-céntrico y foco exclusivamente en el comportamiento adictivo, por ejemplo, si es una adicción al sexo, que haya un enfoque relacionado con lograr limitar esa compulsión de tener relaciones sexuales que está perturbando la vida. Hay que tener un enfoque sobre la persona y sobre las diferentes dimensiones de su vida, en su dimensión vocacional, en su dimensión afectiva, relacional, familiar, recreacional, de amistad, un enfoque holístico de la persona y otro enfoque paralelo que tenga relación con el comportamiento adictivo (entrevista personal).

Interdisciplinar-multidisciplinar

Este enfoque terapéutico es muy común en el medio colombiano e internacional en los modelos de abordaje de las conductas adictivas, en él se afirma la prioridad de proponer intervenciones terapéuticas donde converjan y aporten las diferentes disciplinas, sobre todo aquellas derivadas de las ciencias de la salud, sociales humanas, entre esas las más representativas: la medicina, la psiquiatría, la enfermería, la psicología, el trabajo social, principalmente. Algunos modelos hablan de la necesidad de involucrar las ciencias de la educación, el deporte y la recreación, la terapia ocupacional, para garantizar la mayor integralidad del modelo de tratamiento.

Es importante aclarar que el enfoque inter y multidisciplinar pertenece a las propuestas de abordaje de las adicciones que se conocen como de enfoque integral u holístico, clasificación a la cual también pertenece el dimensional. Entre ellos, compar-

ten que una lectura de las adicciones en su comprensión global debe ser compleja, por la cantidad de factores que las influyen simultáneamente. Al consultarse por el enfoque, uno de los indagados afirma:

Tiene que ser un tratamiento interdisciplinario y multidisciplinario, en el cual lo primero que hay que lograr es que la persona haga consciencia sobre el problema que ese acto repetitivo le puede ocasionar; y no solamente que haga consciencia, sino también de valorar los problemas que eso le está ocasionando y además de prever a futuro los problemas que eso le puede ocasionar; el segundo momento debe estar motivado para dejar de hacer ese acto y buscar otras maneras de divertirse o de remplazar aquellas cosas que le producían placer tras la conducta adictiva (entrevista personal).

4.13.1. Tratamiento similar a las adicciones a sustancias

Como se observa en la literatura científica al respecto de las modalidades de tratamiento frente a las adicciones químicas y comportamentales, no pocos investigadores tienen posturas mediante las cuales afirman que la intervención con adictos químicos y comportamentales debe seguir un mismo esquema, ya que ambos tipos de adicciones comparten factores de riesgo y protección, aspectos psicopatológicos similares, incluso por ejemplo, la presencia del doble diagnóstico; así mismo, hablan del uso de elementos y herramientas terapéuticas de intervención que son útiles con los dos tipos de adicciones. Dos actores sociales preguntados al respecto opinaron que:

Para las adicciones comportamentales es el mismo modelo de las adicciones, es un tratamiento que debe ser multidisciplinario realizado por diversos profesionales, flexible y de mediano a largo plazo para que pueda ser efectivo (entrevista personal).

Siempre desde lo institucional y la comunidad terapéutica que es en lo que estoy ahora involucrada, es el mismo tratamiento tanto para la adicción tóxica como para la adicción no tóxica, lo único que se modifica es en el ámbito clínico o en lo psicológico o en lo clínico terapéutico (entrevista personal).

Se observa en lo dicho por los profesionales la necesidad del uso de los enfoques multidisciplinarios para garantizar la integralidad de los tratamientos y del uso del enfoque clínico biomédico con intervención de lo médico, la enfermería y la psiquiatría; y sumado a éstas, las intervenciones desde el modelo clínico psicológico.

4.13.2. Protocolo de atención según necesidades especiales

Se encuentra así mismo en la literatura sobre la terapéutica de las adicciones en general, la necesidad del uso de protocolos de atención para formalizar los diversos aspectos del tratamiento de las adicciones químicas y comportamentales; estos sirven

para planificar de manera adecuada las etapas del modelo de intervención, monitorear los cambios, prevenir la recaída y garantizar la inserción social del exadicto una vez egrese del modelo de intervención.

De igual manera, se hace hincapié en la importancia de que el protocolo, la guía de atención o la planificación del tratamiento de las adicciones comportamentales se realice de manera personalizada, de acuerdo con las necesidades y condiciones del usuario, teniendo en cuenta el tipo o los tipos de conductas adictivas que presenta, evaluando las afecciones psicopatológicas, en fin, trazando una ruta pormenorizada de intervención que permita la recuperación integral del adicto que es objeto del tratamiento en el modelo institucional o profesional. Al respecto, un profesional hace la siguiente afirmación:

Aquí hay un protocolo de intervención de acuerdo a las necesidades de los muchachos, vamos identificando que es lo que necesitamos trabajar en cada persona, porque cada uno es un proceso totalmente diferente; desde allí se va mirando que esto parte desde una niñez traumática, sin valores, acompañamiento de los padres presentes, pero ausentes. Realmente son carencias, que llegan a una sustancia (entrevista personal).

4.13.3. Orientación-Remisión

Otro de los aspectos nodulares con el manejo de las adicciones es la orientación y la referencia de usuarios al interior de un sistema de salud o un sistema de atención para las adicciones, que implica la existencia de modelos de abordaje interinstitucionales e intersectoriales, donde el problema se maneja en una red de atención que privilegie el beneficio a los usuarios. Ese aspecto es reconocido por uno de los entrevistados:

Aparte de las personas asistir acá, lo que se ha hecho es que también acudan a otras instituciones para que se adecuen en ese proceso, es decir, este es un centro ambulatorio. Las personas tienen unas consultas, a medida que van teniendo logros terapéuticos que ya van en un proceso (...). Aquí lo que se ha hecho en el pasado ha sido orientar a los usuarios a que consulten en los grupos de jugadores anónimos por ejemplo, menciono esto porque no existen acá en nuestro contexto muchos grupos de apoyo para este tipo de problemáticas (entrevista personal).

Esas afirmaciones son de relevancia en cuanto remarcan la importancia de generar para las adicciones comportamentales redes de atención especializada tales como: modelos de autoayuda, centros de intervención en crisis, modelos ambulatorios, modelos residenciales (incluidos aquí los basados en las comunidades terapéuticas), y programas de reinserción social y prevención de la recaída.

4.13.4. *Terapia familiar*

Los especialistas que se refieren a los tratamientos para superar las problemáticas adictivas, tanto comportamentales como químicas, subrayan la importancia del trabajo de motivación, e inclusión terapéutico, de la familia del usuario, pues ésta se puede constituir en coterapeuta o coadicta. Ello se ve claro en la siguiente afirmación de un indagado:

Hay un punto en común con estas adicciones y es el tratamiento familiar, la terapia familiar es muy necesaria y hay que integrar al paciente a la familia para tratar de entrar en control de este tipo de adicciones, también es común en las familias de otros tipos de adicciones comportamentales (entrevista personal).

En la siguiente representación social de un profesional entrevistado se denota también esa importancia, generando un giro hacia la necesidad de psicoeducar tanto al adicto en recuperación, como a los miembros de la familia implicados como posibles factores causales, detonantes, alimentantes o intervinientes en la génesis, desarrollo y consolidación de la adicción comportamental:

Entonces hablando de este tipo de conductas o tipo de adicciones, es un aspecto que hay que entrar a denotar muy bien. Si es en cualquier evento, en cualquier situación que se dispara esta falla de control o son en situaciones más específicas, *más concretas, eso obviamente facilita más el trabajo para uno y por supuesto*, también para la persona. Lo segundo sería identificar muy bien esto, lo tercero y asociado a este segundo momento es psicoeducación tanto para él, como para su familia (entrevista personal).

No en vano se afirma en el “argot” de los tratamientos que existen en la actualidad, que para la superación de las adicciones químicas o comportamentales es fundamental el acompañamiento de la familia, pues ésta se erige en un eje estratégico, ya que ella como célula básica de la sociedad, es también, y de forma simultánea, plataforma esencial de la constitución de la personalidad y del psiquismo humano a lo largo de su psicodesarrollo. Eso se denota claramente en la siguiente aseveración:

Pues el acompañamiento básicamente está más que nada en la familia, se trabaja por que la persona identifique cuáles son sus patrones de comportamiento y con base en eso también como está asociado lo que piensa de la dependencia psicológica y desde ahí entramos a crear con él y con el programa que tenemos en la Institución para poder empezar a desmontar la adicción (entrevista personal).

4.13.5. *Terapias grupales*

El hombre es un ser social por proceso evolutivo y cultural, la dimensión relacional es infaltable en los procesos humanos, y por ello no es extraña esta representación social en la que el preguntado afirma que: “Hay procesos de psicoterapia grupal o individual, proceso de manejo grupal, de conocimiento del proceso” (entrevista personal).

Lo grupal es constitutivo y constituyente de la realidad humana, porque el hombre es un ser vincular, por esto la importancia de introducir en los modelos terapéuticos para superar las adicciones comportamentales los dispositivos grupales, que de paso vale la pena afirmar que son de mucho uso actualmente en los procedimientos para las conductas adictivas, los cuales tienen su origen en modelos de tratamiento para las adicciones químicas y que pertenecen a la tradición de los exadictos como los son los de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA), que actualmente permean los modelos biomédicos y también los psicosociales, dotando a los modelos contemporáneos de herramientas muy potentes que posibilitan que los sujetos en proceso de rehabilitación identifiquen y trabajen sobre los factores causales y de riesgo que soportan las conductas adictivas.

4.14. **Otras representaciones sociales**

Con respecto a representaciones de tipo general que tienen los profesionales entrevistados, se observan seis tendencias. La que presenta mayor énfasis se relaciona con la minimización que se hace de las adicciones comportamentales, en el sentido que se expresan como unas adicciones de menor importancia ante las adicciones a las sustancias psicoactivas. “La mayoría de los colegas incluso médicos psiquiatras, minimizan mucho el tema” (entrevista personal).

Un segundo puesto, lo ocupó la afirmación que indica que las adicciones comportamentales son muy difíciles de atender y los pacientes encuentran muchas dificultades para rehabilitarse.

Otro imaginario derivado de las percepciones con que viven a diario, es que las adicciones van en aumento, pero esto solo se consigue validar en la medida que avancen los estudios en amplios sectores de la población y tengan posibilidades de incidencia entre los años.

En otra representación se observa que los problemas no son de los jóvenes que pueden estar en condición de adicción, sino de los padres o adultos que les corresponde vivir una serie de efectos a partir de la situación de los jóvenes. También se aduce como argumento que la estigmatización que se realiza sobre los adictos puede conllevar a des-responsabilización.

Al tiempo existe una representación que tiene una parte de base de realidad, es que en diferentes ámbitos, donde se debe incluir el ámbito en que se desarrolló este estudio, se tiene poco desarrollo institucional, se cuenta con pocos recursos y es escaso el talento humano con experticia para intervenir las adicciones comportamentales. “Hay desarrollos muy modestos todavía de la oferta de servicios en el campo de las adicciones comportamentales” (entrevista personal).

Una última representación, hace referencia a que no es posible curar las adicciones comportamentales y que los pacientes con diagnósticos de adicciones recaen.

4.15. Intervenciones no válidas

En cuanto a las intervenciones que se consideran no válidas por parte de los profesionales entrevistados, están el integrar en un mismo tratamiento a adictos a sustancias psicoactivas con adictos comportamentales, el argumento principal es que aunque tienen una base adictiva compartida, cada tipo de adicción tiene sus particularidades:

No es válido combinar un grupo para trabajar ciertos temas, por ejemplo, si yo siento a un grupo de adictos tanto a sustancias como adicciones comportamentales a hablar sobre sus rutas de consumo o los patrones que lo están llevando al consumo, probablemente el adicto al comportamiento no se va a sentir enlazado con el tema, él va a decir yo no consumo, porque no es percibida la adicción comportamental como un consumo (entrevista personal).

Los profesionales tampoco consideran como una estrategia terapéutica válida la utilización de las terapias de choque:

Desde esta forma los siguen trasgrediendo, ellos están cansados de ser etiquetados de ser unos adictos, de que las gente los señale, los maltrate, la sociedad es excluyente (entrevista personal).

Se debe quitar de los modelos que trabajan con exadictos rehabilitados la agresión, la violencia no es necesaria, lo que si es necesario es el amor exigente, en amor que llama a la responsabilidad, a la disciplina, a hacerse cargo de la existencia (entrevista personal).

Así mismo, no es válido el tratamiento que victimice:

No es válida la intervención que victimice o desresponsabilice a las personas, yo no soy amigo de victimizarlas, de decirle “pobrecito usted, que peca” pienso que eso es lo más anti terapéutico que hay (...). Es anti terapéutico que todos los males o las dificultades del grupo familiar o

las personas que lo rodean, son por culpa de mi paciente o del problema que tiene, o usted es el victimario por todos los problemas que hay, ejemplo, es que su hermana se separó debido a su problema, porque usted se gastó una plata, eso es lo más anti terapéutico (entrevista personal).

4.16. Las adicciones que conoce y con las que ha tenido experiencia

A los profesionales se les preguntó sobre las adicciones comportamentales que conocen y respondieron: las tecnológicas, ludopatías, adicción al sexo, vigorexia, trastornos alimentarios, dependencia emocional, adicción al trabajo, ortorexia (a comer excesivamente saludable), a las cirugías y a las compras. Posteriormente, para acercarse más a su experiencia como profesional, se consultó a los participantes qué tipo de adicciones habían atendido. Solo dos de los terapeutas describen su experiencia en términos de formación autodidacta, de aprendizajes obtenidos a partir de lo que hace y su relación con quienes trabaja.

Un elemento destacable es que ante el vacío de formación para intervenir adicciones específicas, se observa una actitud de auto formarse de algunos profesionales:

Cada caso que llega es un reto y nos lleva a estudiar, a hacer grupos de estudio, de hecho nosotros tenemos grupos en la universidad para generar aprendizajes, si el fenómeno está apareciendo de cierta manera, hay que mirar y comprender por qué esta persona lo ve atractivo (entrevista personal).

Las experiencias que se reportan están relacionadas con las siguientes adicciones: al sexo, a las compras, a los videos, al Internet y a la ludopatía. Pero hubo consenso en que la adicción comportamental por la que más consultan, desde su experiencia, es la ludopatía, aunque como problemática adictiva también se trata de minimizar socialmente y quienes la padecen tienen muchas posibilidades de agotar recursos económicos propios o ajenos, antes de encontrarse en un bloqueo total en sus vidas.

Una persona que tenga una dificultad de ludopatía, nosotros le sugerimos internamiento, ellos minimizan mucho su problemática, es que yo no soy adicto, como ir a casinos es legal no hay una prueba que detecte si estuvo jugando o no, entonces ellos creen que su problema no es tan delicado y aparte de que hay una familia y un contexto coadicto que lo facilita, que paga la tarjeta de crédito, que está abasteciendo de alguna forma, entonces eso hace que la persona retrase su límite para darse cuenta que tiene alguna dificultad (entrevista personal).

Otro elemento que destacan en sus experiencias, es que en los tratamientos se recae con frecuencia. Esta situación la representa así uno de los terapeutas: “He visto mucho índice de recaída, o sea dentro de una adicción hay muchísimas asociaciones o rituales que la persona tiene y lo pueden llevar a la recaída” (entrevista personal).

De otro lado, respecto a las relaciones problemáticas que pueden existir hoy, en especial por parte de los jóvenes con el uso de Internet o de alguna de sus aplicaciones en particular, han empezado a emerger los casos y a buscar algún tipo de ayuda, pero la percepción que tienen los terapeutas, es que una gran cantidad de casos permanecen ocultos.

En mi consulta particular, sí he tenido varios jóvenes que han ido a consultar por su dificultad en su relacionamiento social, son jóvenes demasiado tímidos, entonces han presentado dificultades académicas y cuando ya comenzamos a indagar y a mirar cómo son sus hábitos, vemos que su relacionamiento es a través de un computador, entonces ahí se sienten cómodos, porque les brinda la posibilidad de camuflarse ante una máquina con esa otra persona, se les facilita más y vemos que se aíslan socialmente (entrevista personal).

Después de que la persona ingresa, comienza el proceso de entrevista tanto para él como para su familia, lo que emerge después, no como motivo de consulta inicial, dicho en el lenguaje de la mamás, es que este muchacho se mantiene todo el día pegado del Facebook, es que desde que compró ese teléfono se mantiene pegado a ese teléfono o desde que le dimos esa consola de Play Station se mantiene todo el día ahí (entrevista personal).

Existen en especial cuatro actividades por Internet que hasta el momento los profesionales han empezado a mostrar que pueden ser adictivas: los juegos en línea, sobre todo los juegos multi-jugador o juegos de rol, la pornografía, las apuestas y el uso inadecuado de las redes sociales:

Todo el asunto de las nuevas tecnologías, el Facebook, Instagram, las redes sociales en general, he conocido gente con una relación disfuncional generada a partir de este tipo de enganches, de no dormir porque no sabe si le dieron me gusta o no a una foto que puso, si alguien publicó algo malo de ellos, pierden su tranquilidad (entrevista personal).

5. Discusión

Esta investigación, que recoge algunas de las representaciones sociales de los profesionales sociales y de la salud que realizan sus trabajos de intervención en instituciones que atienden las adicciones comportamentales, contó con aportes que son determinantes para realizar aproximaciones sobre los enfoques de intervención de estas adicciones. Los análisis ayudarán a las instituciones a mejorar las formas de intervención y favorecer así la salud mental de los usuarios que soportan estas conductas.

5.1. Representaciones sociales y conocimientos

Después de una cuidadosa consideración y de varias discusiones los autores de este libro llegaron a una concepción pragmática de las representaciones sociales que necesita ser explicitada.

A diferencia de Moscovici (1986), para quien las representaciones sociales se generan sobre algunos fenómenos, temas u objetos particulares y requieren una serie de condiciones que afecten tanto al fenómeno social como al grupo, las representaciones sociales están aquí concebidas de forma más abierta, como la totalidad de los constructos asociados por una persona a un objeto. Autores importantes (Moscovici, 1961, 1981, 1984a, 1984b, 1986, 1991; Jodelet, 1984, 1986, 2003; Abric, 1994, 2001, 2003) se enfocan en el nivel colectivo.

Las representaciones sociales que el profesional tiene acerca de la adicción son, por lo tanto, abordadas correspondiendo a la integralidad de los elementos relacionados por esta persona a la adicción; es decir, como un conjunto tanto de percepciones, creencias y actitudes, como de informaciones y conocimientos (Umaña, 2002). Esta perspectiva se une con lo que Moore (2006) plantea:

Una representación siempre es una aproximación, una forma por un grupo dado de categorizar la realidad según una pertinencia dada que omite los elementos innecesarios y retiene los que convienen para las operaciones (discursivas u otras) por las cuales tiene sentido (traducción del autor, p. 185).

Aunque la concepción aquí adoptada es distinta a la definición de representaciones sociales dada por Jodelet (2003), se acerca en ciertos aspectos:

Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas que nos permitan interpretar lo que nos pasa, o de dar sentido al inesperado; categorías que sirven a clasificar las circunstancias, los fenómenos, los individuos con los cuales tratamos; teorías que permiten estudiar sobre ellos (p. 366).

A diferencia de Moscovici, los conocimientos científicos son considerados como formando parte de las representaciones sociales: representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales.

En efecto, los discursos de los profesionales son elaborados con base en sus representaciones y éstas surgen desde dos fuentes: los conocimientos, las informaciones tangibles de carácter científico provenientes de varias fuentes como la formación académica, las lecturas o la experiencia profesional y, por el otro lado, a partir de las percepciones y creencias, opiniones que el sujeto tiene al respecto del objeto. Éstas no se fundamentan en datos o saberes verificados.

Esta concepción pragmática y abierta aparece como particularmente relevante para el estudio presentado en este libro. En efecto, los discursos de los profesionales entrevistados surgen desde representaciones sociales de las adicciones comportamentales formadas tanto a partir de percepciones y creencias, como a partir de informaciones y conocimientos. Las adicciones comportamentales son trastornos todavía poco estudiados y frente a los cuales el conocimiento es reducido. Además, 14 de los profesionales entrevistados, si bien tienen una formación a profundidad en relación con las adicciones a sustancias, presentan ciertos desconocimientos científicos frente a las adicciones sin drogas, como lo mostró la investigación.

Además, el hecho de considerar que las representaciones sociales surgen de fuentes válidas y no válidas se encaja con el paradigma constructivista (Le Moigne, 1995, 2002, 2003) y de la complejidad (Morin, 1977, 1980, 1986, 1991, 1994, 2001, 2004, 2005; Morin & Le Moigne, 1999), que plantean que la ciencia y todos los saberes, por ser productos intelectuales humanos, son construcciones mentales, o sea, suma de representaciones sociales.

Es importante destacar que esta perspectiva cristalizada en el hecho de abordar la ciencia y los saberes comprobados como un conjunto de representaciones, no debe conllevar a desacreditar e invalidar los hallazgos del trabajo científico, sino a enfatizar su dimensión constructivista. Todos los productos intelectuales son representaciones sociales, pero hay que distinguir dentro de éstas, las que son válidas y tangibles por tener una base empírica y ser relacionadas con investigaciones científicas, estudios empíricos especializados realizados por profesionales y contando con los datos y la

metodología adecuados; de las que no: las creencias y percepciones del sujeto que surgen desde sus opiniones, mitos, imaginarios. Sin embargo, la experiencia propia del sujeto puede ser una fuente válida.

5.2. Sobre el concepto de ser humano

En relación con la definición del ser humano, Hayek, como se citó en Vergara (2009), se refiere a que:

Cada ser humano es un conjunto único de atributos, producto de una combinación única de genes de donde proviene. Esta unicidad biológica es reforzada por las diferencias de educación y formación. Estas diferencias se expresan en la distinta capacidad adaptativa a la vida práctica, especialmente al mercado (p.173).

En la línea de lo anterior, los profesionales reconocen en el ser humano un grupo de elementos desde lo biopsicosocial, lo espiritual y lo holístico. Por su parte, Vergara (2009) agrega que ser humano también significa “un sujeto con capacidad para realizar actividades constructivas, y con posibilidades para recibir, utilizar, manipular y transformar la información” (p. 49).

Según Echandi (2013), el concepto de ser humano es clave en su pensamiento, ya que determina las condiciones que prevalecen sobre la realidad a la que subyacen todas las relaciones de poder (p. 2). Los entrevistados para esta investigación manifiestan que el hombre es un actor esencial para el desarrollo en el escenario social, se mantiene en la existencia y convive con situaciones. En el ideal de hombre continúa expresando Echandi (2013) que:

Maquiavelo considera al ser humano como una dualidad que se debate entre su condición humana y su condición animal. Es capaz de hazañas, logros y luchas, pero para alcanzarlas toma el camino del egoísmo y del instinto. He aquí la palabra clave: instinto. La naturaleza humana es predominantemente instintiva (p. 5).

5.3. El abordaje conjunto de las adicciones con o sin sustancia

La investigación ha permitido identificar que dos de los profesionales no distinguen las adicciones comportamentales de las adicciones con sustancias y las abordan de forma conjunta, como problemáticas idénticas. En algunos casos, esta no distinción se presenta por defecto, procede de la falta de una reflexión acerca de estos “nuevos” trastornos que son las adicciones no químicas; pero en el caso de 11 profesionales, surge de una postura teórica con respecto a esta dicotomía.

Se observó a la luz de la literatura en qué medida esta postura se fundamenta de forma científica o no. Al identificar los diferentes argumentos a favor o en contra de la distinción, esta reflexión se apoya sustancialmente sobre el trabajo de Valleur & Velea (2002).

Existe un debate entre los abordajes de enfoque biológico, que tienden a no reconocer los trastornos acá denominados como “adicciones comportamentales” como adicciones propiamente dichas, y los abordajes de tipo psicosociales, conductuales.

Se encuentran autores que no reconocerán las adicciones comportamentales hasta que unos marcadores biológicos como la hipersensibilidad adquirida de los circuitos dopaminérgicos, por ejemplo, demuestren su existencia en el nivel más profundo de los mecanismos vitales (Valleur & Velea, 2002). Existe una cierta voluntad científica, como la de la OMS y de la Sociedad Americana de Psiquiatría (2013) en su DSM IV (TR) y V, de dar primacía a los datos considerados “duros” de la biología sobre los datos considerados “blandos” de la psicología y sociología (Valleur & Velea, 2002, p. 2).

Tal elección debe estar discutida a la luz de que es mucho más fácil establecer un dispositivo experimental para medir la adicción a una sustancia psicoactiva que un caso de ludopatía, por ejemplo. En efecto, los estudios de medida de las adicciones químicas recurren a ratas, cuyos comportamientos son demasiado sencillos (o al respecto de los cuales la ciencia no ha desarrollado el conocimiento etológico suficiente) para que estos animales permitan observar una dependencia al juego, sexo, deportes, relaciones amorosas pasionales y destructivas (Valleur & Velea, 2002, p. 2).

Para los partidarios del enfoque biológico, las adicciones son una enfermedad crónica del cerebro. En 2013, la edición del último volumen del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de la Sociedad Americana de Psiquiatría creó una nueva categoría: “adicciones comportamentales” (*behavioral addictions*) donde incluyó la ludopatía. Este cambio representa una ampliación de la concepción de la adicción, incluyendo las conductas que no implican una sustancia. Es un gran paso adelante en el reconocimiento oficial de las adicciones comportamentales. Los evaluadores consideraron que había una cantidad suficiente de investigaciones sosteniendo la postura que el juego patológico y las adicciones a sustancias eran muy similares en su manera de afectar el cerebro y el sistema neurológico de recompensa.

La adicción a Internet fue también evaluada para la categoría de las adicciones comportamentales, pero los evaluadores consideraron que los datos eran insuficientes. No obstante, está incluida en el apéndice del manual con la idea de incentivar estudios adicionales.

Un aspecto muy interesante de las adicciones (con o sin drogas) que hace que éstas no sean enfermedades como las demás, es la dimensión psíquica que involucran. Sissa (1997) mostró que los campos de las nuevas adicciones son tradicionalmente campos de lo sagrado y de la religión: la comida, el sexo, el alcohol, las drogas, el dinero y los juegos de azar; éstos son objetos de culto y rituales, y por lo tanto, de prescripciones y prohibiciones religiosas que conllevan un autocontrol del sujeto, dado que pueden llegar a ser objeto de un deseo sin límite.

Dentro del enfoque conductual encontramos autores como Cañas (2004), Becoña y Cortés (2008, 2011), Echeburúa (1999), Corral (Echeburúa & Corral, 2010), Amor y Yuste (Echeburúa, Amor & Yuste, 2000), Salaberría (Echeburúa, Salaberría & Cruz-Sáez, 2014), Washton y Boundy (1991); para estos últimos, “la adicción es cualquier conducta contraproducente que una persona no puede detener pese a sus consecuencias adversas” (p. 28). De manera similar, expresa Cañas (2004) que los humanistas defienden la teoría según la cual una adicción es cualquier realidad que pueda producir en las personas el síndrome de dependencia. Proponiendo una comprensión contextual, caso por caso de la adicción comportamental que toma en cuenta las particularidades de cada individuo, Echeburúa define la dependencia como:

La necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar un equilibrio homeostático, y la supeditación del estilo de vida. El mantenimiento del hábito conforma el núcleo central de la adicción. Lo que caracteriza, por tanto, a una adicción psicológica no es el tipo de conducta implicada, sino *el tipo de relación* que el sujeto establece con ella (Echeburúa & Corral, 1994, s. f.).

Dentro del enfoque conductual existe un cierto consenso sobre el hecho que una adicción, con o sin sustancia, se caracteriza por una “pérdida de control de la persona ante cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta, etc.” (Becoña & Cortés, 2011, p. 26).

Goodman (1997) propuso una sintética definición de adicción que corresponde tanto a las adicciones con o sin sustancias; definición que es muy eficiente para realizar los diagnósticos preliminares de este trastorno. Para él, la adicción se define como una condición en la cual una conducta -que produce placer y alivia sentimientos dolorosos- está integrada en un patrón caracterizado por dos rasgos claves: 1) recurrente falla en el control del comportamiento, 2) continuidad del comportamiento a pesar de las consecuencias significativamente destructivas. Goodman (1995) había expandido las observaciones de Oxford (1978) y notado un número de otras características compartidas por una adicción comportamental (al sexo en este caso) y la adicción a sustancias.

En este debate sobre el fundamento de la no distinción entre adicciones con o sin sustancias, los autores del presente libro destacan la necesidad de reconocer la dimensión subjetiva de las adicciones, cualquiera que ellas sean. Por ejemplo, las condiciones de la intervención terapéutica deben siempre apoyarse sobre la solicitud del sujeto, su sufrimiento (Valleur & Velea, 2002, p. 5).

5.4. Representaciones sociales sobre el tratamiento

A partir de las entrevistas a psicólogos de las tres corrientes: cognitivo-conductual, humanista-existencial y dinámico-psicoanalítica, médicos, psiquiatras, trabajador social, algunos formados en adicciones, otros con posgrados afines y algunos en la experiencia empírica, entre 5 a 20 años de experiencia de trabajo con adicciones, más con las químicas que con las comportamentales, se lograron captar las siguientes representaciones sociales sobre los tratamientos:

Los modelos más usados para el tratamiento de las adicciones comportamentales son: tratamiento clínico, tratamiento cognitivo-conductual, dimensional e interdisciplinar-multidisciplinar -validados además por la literatura científica-, pues han mostrado su eficacia terapéutica mediante la evaluación de su impacto en la recuperación de los adictos comportamentales, aunque todos ellos con altos índices de recaídas postratamiento.

Es necesario señalar que la validación, investigación y evaluación de impacto que se conoce por parte del equipo de la presente investigación, se ha realizado en Europa (Comas, 2010) y América del Norte (Henggeler et al., 2006); se conocen investigaciones latinoamericanas y colombianas, referidas a las adicciones químicas. Sobre las representaciones sociales de las adicciones comportamentales, no se hallaron referentes en Colombia.

Por su parte, los modelos aplicados en el Valle de Aburrá y en Colombia, tal como lo muestra este estudio, se han construido todos basados en los tratamientos tradicionales para las adicciones químicas y, en algunos casos, hacen adaptaciones dependiendo del tipo de adicción comportamental que se esté tratando, con base en el modelo terapéutico aplicado al paciente o usuario; este rasgo sobre los modelos de intervención con las adicciones comportamentales se corroboró en las representaciones sociales de los profesionales indagados.

Realmente, cuando se piensa el reto del tratamiento de las adicciones -cualquiera que ésta sea-, se debe pensar en modelos de intervención complejos que incluyan lo inter-trans-multidisciplinar, sobre la base que, tal como lo afirma la guía del NIDA (2010): “la adicción es una enfermedad compleja que se puede tratar y que afecta al funcionamiento del cerebro y al comportamiento” (p. 2).

Con referencia en la teoría de la complejidad de Morin (1994), se puede afirmar que estos modelos de intervención deben ser completos, para lograrlo es necesario abarcar la multidimensionalidad del ser humano y de la problemática adictiva, la cual afecta las dimensiones: biológica, psíquica, social, cultural y, dentro de esta última, en una perspectiva creyente: lo religioso y/o lo espiritual o en una óptica no creyente, lo trascendente del adicto comportamental o químico. También en esta característica coinciden las representaciones sociales de los profesionales de las Ciencias Sociales y de la salud que se contactaron y entrevistaron.

En cuanto a la validez y efectividad del tratamiento desde el modelo clínico de psicología cognitivo-conductual aplicado para la rehabilitación de las adicciones comportamentales, se puede afirmar que se ha probado desde vieja data su utilidad, incluso en un artículo de reciente publicación por Marco y Cholz (2014), se afirma que:

En congruencia con la literatura científica y con investigaciones en las que se demuestra la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la intervención en adicciones comportamentales, se desarrolló un tratamiento basado en dichos principios motivacionales y del aprendizaje para un caso clínico (p. 52).

Lo anterior ratifica la importancia de la aplicabilidad de este tipo de modelos clínico psicológicos para la superación de la problemática adictiva; en esta línea, exponen Virués y Moreno (2008): “Los ICCs representan una significativa contribución científica, con gran influencia en el desarrollo, difusión y evaluación de nuevas formas de intervención” (p. 773).

Afirmaciones en el mismo sentido de los modelos clínico psicológicos, se encuentran en el texto de Labrador, Echeburúa, y Becoña (2000), quienes afirman la utilidad de estas terapéuticas cognitivo conductuales para superar las adicciones tanto químicas como comportamentales y otras patologías que afectan la salud mental de los seres humanos de la contemporaneidad.

En el uso y la aplicabilidad del modelo clínico conductual hubo acuerdo entre los profesionales entrevistados, incluso afirmaron que es el más común y más empleado en las instituciones que se dedican a la intervención de las adicciones y también que es el más aplicado en la clínica psicológica profesional porque sus técnicas son útiles,

fáciles de usar y producen efectos en la recuperación de las personas con problemas adictivos. Sin embargo, no es el único enfoque adoptado en el Valle de Aburrá (Antioquia, Colombia), puesto que los profesionales preguntados al respecto, informaron el uso de técnicas humanista-existenciales y dinámico- psicoanalíticas; éstas han mostrado su eficiencia en las recuperación de las adicciones tanto químicas como comportamentales (Becoña & Cortes, 2008).

Los modelos dimensionales, como también lo expresan los entrevistados, o multidimensionales como lo plantea comúnmente la literatura científica al respecto, son aquellos que trabajan los aspectos individuales, familiares, sociales y culturales en las formas de intervención de cualquier tipo de adicción; y plantean que una problemática actúa como un todo o un conjunto de sistemas o dimensiones que se afectan y desarticulan al ser humano que presenta la conducta adictiva; este modelo de:

La MDFT muestra mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales, además reduce el consumo de drogas durante el tratamiento (Becoña y Cortés, 2008, p. 83).

Solo dos de los profesionales afirman tener en cuenta el modelo multidimensional en lo que se aplica institucionalmente para abordar las adicciones comportamentales, lo cual autoriza a mencionar que en los contextos investigados del Valle de Aburrá se conocen y se utilizan dispositivos de probada eficacia en otras latitudes como España y Estados Unidos de América, países que desde hace unas cuatro décadas han servido de referencia para los modelos locales de intervención de las adicciones.

De otro lado, es importante mencionar que en los enfoques de los tratamientos manejados en los modelos institucionales en el Valle de Aburrá se encontraron: el bio-médico, el clínico-psicológico, el médico-psiquiátrico, el neurobiológico, las comunidades terapéuticas y el de los doce pasos. Éstos son profusamente descritos por la literatura científica (véase Becoña & Cortes, 2011), pero en las últimas dos décadas, profesionales inquietos por su estudio han desdoblado sus estrategias de intervención y los han usado no solo para intervenir desde las instituciones, sino también desde la atención individual médica, psiquiátrica, psicológica y de trabajo social, como es el caso de los expertos que se logró indagar al respecto de sus representaciones sociales.

Otro asunto que llama la atención en lo hallado en la investigación, es que el modelo de intervención de las adicciones comportamentales, en sus líneas generales, sigue en sus aspectos estructurales el que se aplica a la recuperación de los adictos químicos en sus dimensiones clínicas, según lo expresado por los profesionales del



Valle de Aburrá que se lograron abordar. Sin embargo, afirman que es necesario con los trastornos alimentarios hacer manejos especiales o especializados, por ejemplo, el no uso de técnicas grupales con este tipo de adicciones a la comida, tal como lo afirma un profesional:

Con trastornos alimentarios hay un programa que (...) funciona aparte, donde él nos ha enseñado algunas cosas, por ejemplo, que este tipo de pacientes no se puede tratar en grupo, hay que tratarlos de forma individual, inclusive cuando los citan no se pueden ver en la sala, la una con la otra, porque si la una ve a la otra, se crea una imagen de recaída y el comportamiento se vuelve a repetir, entonces sí es un tratamiento muy especializado (entrevista personal).

Lo anterior se conecta con la categoría que se tituló en el apartado del análisis como Protocolo de atención según necesidades, en la cual se afirma que es de suma importancia trabajar aspectos especializados en el tratamiento de los adictos comportamentales; es decir, de acuerdo con lo mencionado por parte de algunos profesionales del Valle de Aburrá, se deben manejar con particulares atendiendo el caso por caso, las necesidades terapéuticas de cada adicción y las particularidades de cada sujeto que las padece. Este asunto también aparece en el trabajo clásico de Echeburúa (1999), en el que se afirmó la necesidad del manejo especializado de las denominadas, en este momento, nuevas adicciones, y que en esta investigación se abordan como adicciones comportamentales.

Un último grupo de categorías apunta a herramientas que deben ser usadas en los modelos de intervención con adicciones comportamentales, que ya han mostrado su eficacia e impacto positivo en la recuperación de las adicciones químicas; estas son: orientación–remisión, terapia familiar y terapias grupales.

Con respecto a estas denominadas herramientas, se puede afirmar que la primera, orientación-remisión, es absolutamente necesaria si se quiere establecer una atención integral a las conductas adictivas comportamentales y si se desea instituir una red de atención en salud mental con enfoque en salud pública. De esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (2004) ha mencionado que “los dos objetivos gemelos de mejorar la salud mental y disminuir costos personales y sociales de los problemas de salud, sólo se pueden lograr a través de un enfoque de salud pública” (p. 16), pues ésta implica el uso de un conjunto de estrategias, de capacidad de atención instalada, de profesionales idóneos, entrenados y actualizados permanentemente, para garantizar una atención interinstitucional e intersectorial en beneficio de las personas afectas por las problemáticas adictivas y que se convierten en sus usuarios reales.

De otro lado, en palabras de los profesionales, similar a lo que sucede con la adicción a sustancias, durante las intervenciones de las adicciones comportamentales no se deben considerar posiciones prohibicionistas, de estigmatización o de subvaloración del paciente. Al contrario, deben primar las posiciones formativas, transformadoras de las personas, en las que se consideren sus metas, y deben dirigirse a cambios actitudinales (Henaó, 2010).

Finalmente, se deben reconsiderar las perspectivas de tratamiento basadas en tratos represivos y violentos, sin fundamentación científica. Al centro del asunto de las adicciones debe estar la consideración principal: que se trata de seres humanos, y lo que más importa en este episodio de vida es el proceso terapéutico de recuperación integral (García, 2013).



CONCLUSIONES

- » Después de lo señalado en los hallazgos, la mirada subjetiva mancomunada de las representaciones sociales de los profesionales sobre las formas de intervención de las adicciones comportamentales reconoce al ser humano en múltiples dimensiones; en otros términos, los expertos consultados le dan la razón al *ser* desde una concepción integral bio-psíquica, psico-social y socio-cultural.
- » Las representaciones de los profesionales sobre la concepción del ser humano están asociadas a lo emocional, lo biológico, lo social y lo cultural. Señalan a ese ser como un actor que es inherente dentro del desarrollo en el escenario social.
- » De acuerdo con lo dicho por los participantes en esta investigación, se concluye que la relación que se da en las conductas adictivas es más allá de lo biológico y lo psicológico, e incluye lo social y lo cultural estas comprensiones que se proponen desde la complejidad, han permitido entender mejor a los seres humanos, por lo que se exige en otros ejercicios investigativos que se emprendan conocer sobre otras representaciones sociales, estas con unos enfoques que tiendan más a comprender la razón de la existencia.
- » En las representaciones sociales sobre las adicciones comportamentales que expresaron los profesionales de las ciencias sociales y de la salud indagados, se pudo evidenciar que en la intervención coexiste la visión que aporta su formación disciplinar y científica con las representaciones que ha construido a lo largo de su historia de vida, sobre todo en la atención de pacientes con adicciones químicas y con algunas comportamentales; su intervención es aplicada tanto en los modelos institucionales como en la práctica privada en sus consultorios.
- » Los modelos de intervención que tienen lugar en las instituciones son encarados por los profesionales de las ciencias sociales y de la salud desde la formación científica y disciplinar del profesional y desde las perspectivas que emergen de sus representaciones sociales sobre la problemática adictiva; unas veces coinciden otras no, con las concepciones del modelo institucional, asunto que complejiza la intervención y le otorga giros inesperados a los tratamientos de las adicciones químicas y comportamentales.

- » Se pudo observar en las representaciones sociales de los profesionales indagados que las concepciones que el profesional de las ciencias sociales y de la salud haya construido sobre el adicto y la adicción, le pueden dar giros o perspectivas distintas al tratamiento y al adicto. Por ejemplo, si el adicto es concebido como un enfermo irrecuperable y sin voluntad o si se lo reconoce como un ser humano con derechos que atraviesa por un evento adictivo; en el primer caso, es tratado como un objeto pasivo de la intervención, y en el segundo, como un ser con derechos, que tiene posibilidades de participar en su recuperación.
- » De las representaciones sociales expresadas por los profesionales, se puede inferir que en los tratamientos se debe acompañar a los adictos para que reconozcan y asuman la responsabilidad que tienen en el inicio, generación, evolución y problematización de la conducta adictiva y en su recuperación, pues como lo expresa uno de los profesionales indagados: “no es válida, la intervención que victimice o desresponsabilice a las personas o responsabilice de todas las dificultades a las familias” (entrevista personal).
- » Hay un consenso en las representaciones sociales de los profesionales indagados acerca de los tratamientos para las adicciones comportamentales, en cuanto a que éstos no se deben enfocar desde una sola disciplina, sino que se han de diseñar desde enfoques científicos humanistas e integrales; si ello no se realiza, los tratamientos pueden tener logros limitados para la recuperación de las conductas adictivas, pues se pierde la multidimensionalidad del ser humano y la integración necesaria en los modelos de atención.
- » Existe la necesidad de formar los terapeutas para identificar e intervenir las adicciones comportamentales.
- » Se necesitan estudios adicionales sobre las adicciones comportamentales en Colombia, en donde estas problemáticas están ocultas en las adicciones a drogas.
- » Se requiere de la inclusión en el debate propuesto en esta investigación de otros profesionales de la salud y otras disciplinas que intervengan con estas adicciones, para que haya una mayor comprensión en el campo de las adicciones comportamentales y se puedan ampliar las explicaciones sobre los conceptos de: adicción, adicto, adicción comportamental y adicto comportamental.
- » Por último, es prioritario que sean diseñados criterios y herramientas para identificar y tratar los adictos comportamentales.

REFERENCIAS

- Abric, J. C. (1994). Les représentations sociales: aspects théoriques. En J. C. Abric (Dir.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-35). París: Presses Universitaires de France.
- Abric, J. C. (2001). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En J. C. Abric (Dir.), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 53-74). México: Ediciones Coyoacán.
- Abric, J. C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. En: J. C. Abric (Ed.), *Méthodes d'études des représentations sociales* (pp. 119-143). Saint Agne: Eres.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Panamericana
- Aravena, V., Herrera, V., Poblete, P. y Vera, D. (2006). *Consumo patológico: compra impulsiva y compulsiva*. Recuperado de http://inpsicon.com/estudios_realizados/espanol/Aravena_Esp_04052007
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127, 47-53.
- Asociación de estudios psicológicos y sociales de Castilla-La Mancha. (2011). *Jóvenes consumidores y redes sociales en Castilla-La Mancha*. Recuperado de: <http://www.portaljovenclm.com/documentos/noticias/3069/jovenesconsumidoresyredessocialesenclm.pdf>
- Aspani, S., Sada, M., y Shabot, R. (2012). Facebook y Vida cotidiana. *Alternativas en psicología*, 16(27), 107-114.
- Bahamón M., (2006). Juego patológico: revisión de tema. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 35(3), 437-399.
- Bamber, D., Cockerill, I. M., & Carroll, D. (2000). The Pathological Status of Exercise Dependence. *British Journal of Sports Medicine*, 34, 125-132.

- Banchs, M. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología*, 89, 27-40.
- Becoña, E., y Cortés, M. [Coordinadores]. (2008). *Guía clínica de intervención Psicológica en Adicciones*. [Versión PDF]. Valencia, España: Socidrogalcohol. Recuperado de: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231208_EN_ES03_GuiaClinicalntPsicologica.pdf
- Becoña, E., y Cortés, T. [Coordinadores]. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. [Versión PDF]. Valencia, España: Socidrogalcohol. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/manualadiccionespires.pdf>
- Behar A., R. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: una alerta para la atención primaria. *Revista médica de Chile*, 136(12), 1589-1598. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200013&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872008001200013
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. NY: Anchor Books.
- Bisso-Andrade, A. (2007). Ludopatía. *Rev Soc Peru Med Interna*, 20(2), 63-67. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v20n2/pdf/a06v20n2.pdf>
- Black, D.W., Belsare, G., & Schlosser, S. (1999). Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(12), 839-844.
- Bold, D., & Ellison, N. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13, 210-230.
- Bonvallet, M. B. (2013). *Las prácticas deportivas del surf y bodyboard en las playas de la Quinta Región: representación social e imaginario social de los practicantes* (Tesis de grado para optar al título de Magíster en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte). Universidad de Concepción, Chile. Recuperado de http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT23/GT23_BonvalletVillarroel.pdf
- Boyd, D., & Ellison, N. B. (2007). *Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship*. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(2), 210–230.

- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W.B. & Nogareda, C. (2007). Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo - Nota Técnica de Prevención*, 21(732), 1-5.
- Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2009). Work motivations, satisfactions and health among managers. Passion versus addiction. *Cross-Cultural Research*, 43(3), 349-363.
- Byun, S., et al. (2009). Internet addiction: metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. *Cyberpsychol Behav*, 12(2), 203-7.
- Caamaño, E. (2004) Conciliación de trabajo y vidas laboral. Un análisis desde la perspectiva del derecho del trabajo chileno. *Revista de Derecho*, 16, 59-82. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502004000100003>
- Calderón, R. (15 de junio de 2012). Bulimia Nerviosa (La historia de Antonia). *El Tiempo*. Recuperado de: http://www.eltiempo.com/blogs/adicciones_del_nuevo_milenio/2012/06/bulimia-nerviosa-la-historia-d.php
- Cañas, J. (2004). *Antropología de las adicciones*. Madrid: Ediciones Dykinson.
- Cano, V. H., & Pérez, J. A. (2008). La ludopatía, una mirada desde la psicología. *Revista Ágora USB*, 8(2), 437-458. Recuperado de: http://web.usbmed.edu.co/usbmed/elagora/htm/v8nro2/documentospdf/bioetica/IA_LUDOPATIA.pdf
- Castorina, J. A. (2009). Gerard Duveen: un enfoque dialéctico para relacionar la teoría de las Representaciones Sociales y la Psicología del Desarrollo. *Psic. da Ed.*, 29(2), 7-26.
- Castrillón A., Cano, E. Z., Pérez E. (2001). *Representaciones sociales sobre el consumidor y el consumo de sustancias psicoactivas*. Medellín: Surgir.
- Cebrià, J. (2003). Distres crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten. Primaria*, 31(9), 564-74.
- Cesio, S. (2003). El "Burn Out": el Síndrome de estar quemado en el trabajo. *Revista Internacional de Psicología*, 4(1), 1-5. Recuperado de <http://revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/21>
- Chamberlin, C., & Zhang, N. (2009). Workaholism, Health, and Self-Acceptance. *Journal of Counseling & development*, 87(2), 159-169.

- Charlton, J. D. (2007). Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Computers in Human Behavior*, 23, 1531-48.
- Chomsky, N. (1968). *Language and Mind*. San Diego: Publ. Harcourt Brace Jovanovich.
- Cole, L. K. (1995). Modeling the antecedents of compulsive buying (Tesis doctoral). Universidad de Louisiana, Baton Rouge, Luisiana, Estados Unidos.
- Comas, D. (2010). La metodología de la Comunidad Terapéutica. *Cyberpsychology and Behavior*, 1, 25-28.
- De Dios, J. L. (del 1 de febrero al 15 de marzo de 2000). Factores de vulnerabilidad en los TCA [Conferencia 24-CI-C]. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_c.htm
- De La Gándara, J. (1996). *Comprar por comprar*. Madrid: Cauce.
- Dittmar, H. (2005a). Compulsive buying -a growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. *British Journal of Psychology*, 96, 467-491.
- Dittmar, H. (2005b). A new look at "compulsive buying": Self-discrepancies and materialistic values as predictors of compulsive buying tendency. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 806-833.
- Domínguez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de psicología*, 27(1), 3-20. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/171/173>
- Domínguez, A. M. (2007). Epidemiología. En S. Moreno (Coord.), *Guía clínica. Actuar ante el juego patológico* (pp. 4-233). Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarocialopencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/GUIA_CLINICA_JUEGO/GUIA_CLINICA_JUEGO_PATOLOGICO.pdf
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives [archive]. *Revue de métaphysique et de morale*, 6, 273-302.
- Duveen, G., & Lloyd, B. (1990a). *Social representations and the development of knowledge*. New York: Cambridge University Press.
- Duveen, G., & Lloyd, B. (1990b). Introduction. In G. Duveen, & B. Lloyd, (Eds.), *Social representations and the development of knowledge* (pp. 1-10). Cambridge University Press: New York.

- Echandi, M. (2013). El concepto de ser humano en Nicolás Maquiavelo. V Sección: Filosofía: dos pensadores y dos visiones. *Revista Estudios*, 26, 1-22. Recuperado en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/estudios/article/view/8854>
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251- 258.
- Echeburúa, E., Amor, A., & Yuste, J. (2000). Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: Bases Psicopatológicas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1, 59–77. Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2000/2000art4.pdf>
- Echeburúa, E., Salaberria, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia Psicológica*, 32(1), 31–40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78530014003>
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Edwards, E. A. (1992). The measurement and modeling of compulsive consumer buying behavior. Estado Unidos: Universidad de Michigan.
- Elejabarrieta, F. (1991). Las representaciones sociales. En: Echebarría, A. (Ed), *Psicología Social sociocognitiva* (pp. 223-248). Bilbao, España: Declée de Brouwer.
- Etayo, M. (2009). Análisis de los rasgos de personalidad en deportistas adultos jóvenes que practican deportes extremos acuáticos (Tesis inédita de pregrado de Psicología). Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela. Recuperado de <http://repositorios.unimet.edu.ve/docs/40/ATBF76E8M3.pdf>
- Faber, R. J., & O´Guinn, T. C. (1989). Classifying compulsive consumers: Advances in the development of a diagnostic tool. *Advances in Consumer Research*, 16, 147-157.
- Faber, R. J., & O´Guinn, T. C. (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of consumer research*, 19, 459-469.

- Faber, R. J., Christenson, G. A., De Zwann, M., & Mitchell, J. (1995). Two forms of compulsive consumption: Comorbidity of compulsive buying and binge eating. *Journal of compulsive buying and binge eating. Journal of Consumer Research*, 22, 296-304.
- Farr, R. M. (1983). Escuelas europeas de Psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*, 45, 641-657.
- Farr, R. M. (1986). *Las representaciones sociales*. En S. Moscovici (Comp.). *Psicología Social II* (pp. 495-506). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses: Une archéologie des sciences humaines*. París: Éditions Gallimard.
- Friese, S. (2001). From compensatory buying to compulsive buying: Assessing the role of self-discrepancy and materialism. En J. Ann & J. Carland (Eds.), *Proceedings of the Allied Academies Internet Conference* (pp. 11-17). North Carolina: Allied Academies.
- Galeano, E. (2009). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Universidad Eafit.
- Garcés, J. (2000). *La adicción al consumo: manual de información y autoayuda*. Madrid: Unión de Consumidores de España.
- García, O. (2013). Las conductas adictivas desde un enfoque social. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 680-687. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000400020&script=sci_arttext
- Gargallo, M., Fernández, F., & Raich, R. M. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad. Una revisión teórica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 335-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730208>
- Goffard, P. (2008). Juego patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía. *Psicología.com.*, 12(2), 409-440. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewfile/723/698>
- Goldberg, I. (1995). Internet addiction disorder (IAD). Diagnostic criteria. Recuperado de: www.psycom.net/iadcriteria.html

- Gómez, G. & Alonso, F. (2001). Consideraciones psicobiológicas sobre las adicciones alimentarias. *Salud Mental*, 24(2), 16-24. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222404>
- González, L. (2006). *Comportamiento autodestructivo indirecto y rasgos de personalidad*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/autodestructivo.shtml>
- Goodman, A. (1995). Addictive disorders: An integrated Approach. Parte I An Integrated understanding. *Journal of Ministry in Addiction & Recovery*, 2, 33-76.
- Goodman, A. (1997). Sexual Addiction: Diagnosis, etiology, and treatment. In J. H. Lowenstein y colaboradores, *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* (3ª ed) (pp. 340-354). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gouveia, O., & Pires, J. R. (2006). The social representations of the alcoholism and drug addiction in Portuguese workplace / Representações sociais do alcoolismo e toxicoddependência no meio laboral português. *Health and Addictions Journal/ Revista Salud y Drogas*, 6(1), 27-46.
- Greenglass, E., Burke, R. J., & Moore, K. (2003). Reactions to Increased Workload: Reactions to Increased Workload. Toronto, Canada: York University.
- Hanley, A., & Wilhelm, M. S. (1992). Compulsive buying: an exploration into self-esteem and money attitudes. *Journal of Economic Psychology*, 13, 5-18.
- Hassay D. N., & Smith, C. L. (1996). Compulsive buying: an examination of consumption motive. *Psychology of Marketing*, 13, 741–752.
- Henao, S. (2010). Representaciones sociales del consumo de “drogas” y de las intervenciones respectivas en un contexto local: la universidad de Antioquia en Medellín, Colombia (Tesis de doctorado). Recuperado desde <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/4943/1/18684968.pdf>
- Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B., & Chapman, J. E. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 42–54.
- Hernández-Pozo, M. R. (2010). Trabajolismo: radiografía contingencial de una adicción. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, 36(3), 117-135. DOI:10.5514/rmac.v36.i3.08Index.html

- Jodelet, D. (Ed.) (2003). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici. *Psicología Social. II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 470-494). Barcelona: Paidós.
- Kaye, W. H., Lilienfeld, L. R., Plotnicov, K., Merikangas, K. R., Nagy, L., Strober, M., Bulik, C. M., Moss, H. & Greeno, C. G. (2004). Bulimia Nervosa and substance dependence: Association and family transmission. *Alcoholism, Clinical & Experimental Research*, 20, 878-881. Recuperado de http://eatingdisorders.ucsd.edu/research/pdf_papers/2004/kaye2004genetic.pdf
- Kellett, S., & Bolton, J. V. (2009). Compulsive buying: A cognitive-behavioural model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 83-99.
- Killingier, B. (1993). *La adicción al trabajo. Una dependencia respetable*. Barcelona: Paidós.
- Koran, L. M., Faber, R. J., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2006). Estimated prevalence of compulsive buying in the United States. *Am J Psychiatry*, 163(10), 1806–1812.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopahyay, T. & Scherlis, W. (1998): Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53(9), 1017-1031.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lam, L. T., Peng, Z. W., Mai, J. C., & Jing, J. (2009). Factors associated with Internet addiction among adolescents. *Cyberpsychol Behav*, 12(5), 551-55.
- Le Moigne, J. L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Paris: PUF.
- Le Moigne, J. L. (2002). *Le Constructivisme*, t. 1. Paris: PUF.
- Le Moigne, J. L. (2003). *Le Constructivisme*, t. 3: Modéliser pour comprendre. Paris: Le Harmattan.
- Madrid Salud. (2011a). *Adicciones sin drogas (I)*. Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. Madrid, España: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de: http://www.madridsalud.es/temas/adicciones_sindrogas_1.ph

- Madrid Salud. (2011b). *Adicciones sin drogas (II)*. Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. Madrid, España: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de: http://www.madridsalud.es/temas/adicciones_sindrogas_II.php
- Magee, A. (1994). Compulsive buying tendency as a predictor of attitudes and perceptions. *Advanced Consumer Research*, 21, 590–594.
- Marco, C., y Choliz, M. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a videojuegos de rol online: fundamentos de propuesta de tratamiento y estudio de caso. *Anales de Psicología*, 30(1), 46-55. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n1/psicologia_clinica5.pdf
- Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En D. Paez, & A. Blanco (Eds.), *La teoría sociocultural y la psicología social actual* (pp. 163-182). Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Martínez J. M., Trujillo H. M., y Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Andalucía: Junta de Andalucía.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experience burnout. *Journal of occupational Behavior*, 2(2), 99-113. Available via: <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
- McMillan, L. H. W., & O'Driscoll, M. P. (2004). Workaholism and health: implications for organizations. *Journal of organizational Change Management*, 17, 509-519.
- Mick, D. G. (1996). Are studies of dark side variables confounded by socially desirable responding? The case of materialism. *The Journal of Consumer Research*, 23, 106-119.
- Mingote Adan, J. C. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Med Clínica*, 123(07), 265-70.
- Molina, A. et al. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*, 31(9), 564-74.
- Moloney, G., & Walker I. (Eds.) (2007). *Social Representations and Identity*. New York: Palgrave Macmillan.

- Montero-Marin, J., & García-Campayo, J. (2010). A newer and broader definition of burnout. Validation of the "Burnout Clinic Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC Public Health*, 10, 302-311. Available via: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-302>
- Moore, D. (2006). *Plurilinguismes et école*. Paris: Didier.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 1–25.
- Morin, E. (1977). *La méthode 1, La Nature de la Nature*. Paris: Éditions du Seuil.
- Morin, E. (1980). *La méthode 2, La Vie de la Vie*. Paris: Éditions du Seuil.
- Morin, E. (1986). *La méthode 3, La Connaissance de la Connaissance*. Paris: Éditions du Seuil.
- Morin, E. (1991). *La méthode 4, Les idées, leur habitat, leur vie, leurs moeurs, leur organisation*. Paris: Éditions du Seuil.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2001). *La méthode 5, L'humanité de l'humanité, L'identité humaine*. Paris: Éditions du Seuil.
- Morin, E. (2004). *La méthode 6, L'Éthique complexe*. Paris: Éditions du Seuil.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Points.
- Morin, E., & Le Moigne, J.-L. (1999). *L'intelligence de la complexité*. Paris: L'Harmattan.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul S.A.
- Moscovici, S. (1981). *La era de las multitudes. Un tratado histórico de psicología de masas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moscovici, S. (1984a). The phenomenon of social representations. En R. Farr, & S. Mocosvici (Aut.), *European Studies in Social Psychology*. Paris, Francia: Cambridge University Press.

- Moscovici, S. (1984b). El campo de la psicología social. En S. Moscovici. *La psicología social I*. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (1986). *Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (1988). Notes toward a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211-250.
- Moscovici, S. (1991). *La Psicología Social I*. Barcelona: Paidós.
- Muñoz, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 150-159. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000100014&lng=en&tlng=es.
- Net addiction a growing problema (2013, Septiembre 2). The Japan Times. Recuperado de <http://www.japantimes.co.jp/opinion/2013/09/02/editorials/net-addiction-a-growing-problem/#.VMFwnUeG9ig> (el 22 de enero 2015)
- NIDA. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones* (2ª ed.). Estado Unidos: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>
- O'Guinn, T. C., & Faber, R. J. (1989). Compulsive Buying: A Phenomenological Exploration. *Journal of Consumer Research*, 16(2), 147-157.
- Olábarri, E. & García, I. (2003). La compra por impulso y la adicción al consumo en el País Vasco. *Estudios sobre Consumo*, 65, 53-67.
- Olivar Castrillón, C., González Moran, S., y Martínez Suarez, M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los medios de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*, 23(6), 352-59.
- ONTSI (2011). *Observatorio nacional de las telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. Las redes sociales en Internet*. En A. Uruña (Coord.). Recuperado de: http://www.osimga.org/export/sites/osimga/gl/documentos/d/20111201_ontsi_redes_sociais.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Italia: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Ginebra, Suiza: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.
- Ortiz, J., & Vega-Michel, C. (2009) Cortisol levels, professional burnout and job satisfaction in university employees. *Journal of Behavior, Health & Social*, 1(2), 51-62. Available via: <http://dx.doi.org/10.5460/jbhsi.v1.i2.05>
- Otero-López, J. M., & Villardefranco, E. (2011). Materialismo y adicción a la compra. Examinando el papel mediador de la autoestima. *Boletín de Psicología*, 103, 45-59.
- Otero-López, J. M., Villardefrancos, E., Castro, C. & Santiago, M. J. (2011). Materialism, life-satisfaction and addictive buying: Examining the causal relationships. *Personality and Individual Differences*, 50, 772-776.
- Oxford, J. (1978). Hypersexuality: Implications for a theory of dependence. *British journal of addiction*, 73, 299-310.
- Paéz, D. (Comp). (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad: Cognición y representación social*. Madrid, España: Edit. Fundamentos.
- Palacios, J. G. (2006). La ludopatía. Contraluz. *Revista de la Asociación Cultural Arturo Cerdá y Rico*, 3, 229–234. Recuperado de: <http://www.cerdayrico.com/contraluz/numero03/18%20contraluz.pdf>
- Pérez, E., Castrillón, A., & Cano, E. Z. (2001). *Representaciones sociales sobre el consumidor y el consumo de sustancias psicoactivas*. Medellín: Multimpresos.
- Pérez, I. A. (s. f.). *La teoría de las representaciones sociales*. Recuperado de www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- Pérez, M. (2003). *A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. La Habana: CD Caudales. CIPS.
- Petrie, H., & Gunn, D. (1998). Internet "addiction": the effects of sex, age, depression and introversion. Artículo presentado en la British Psychological Society, London Conference.
- Piaget, J. (1950). *Introduction à l'épistémologie génétique*. Paris: PUF.
- Piaget, J. (1962). Le rôle de l'imitation dans la formation de la représentation. *Évolution psychiatrique*, 27, 141-150.

- Piscitelli, A. (2010). *El proyecto Facebook y la posuniversidad. Sistemas operativos sociales y entornos abiertos de aprendizaje*. Barcelona: Ariel.
- Pratarelli, M. E., Browne, B. L., & Jonson, K. (1999): The bits and bytes of computer/Internet addiction: A factor analytic approach. *Behaviour research methods, instruments and computers*, 31(2), 305-314.
- Ramos, V., y Garrote, G. (2008). La variable de personalidad búsqueda de sensaciones como factor de riesgo en el consumo de drogas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 169-178. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen4/INFAD_010420_169-178.pdf
- Restrepo, S. M. (2011). *Adicción a las compras y al ejercicio* [PDF document]. Nota de lectura. Recuperado de <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/ponenciadrasandrarestrepoescobar.1284.pdf>
- Richins, M. L., & Dawson, S. (1992). A consumer values orientation for materialism and its measurement: Scale development and validation. *Journal of Consumer Research*, 19, 303-316.
- Roberts, J. A. (1998). Compulsive buying among college students: An investigation of its antecedents, consequences, and implications for public policy. *Journal of Consumer Affairs*, 32, 295-319.
- Rodríguez, M. (2009). Uso de sustancias, impulsividad y trauma en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario: una tríada de riesgo para comorbilidad complejas que afectan el pronóstico. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 38(3), 420-432. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000300003&lang=pt
- Rojo, L., et al. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 197-204.
- Rook, D. W. (1987). The Buying Impulse. *The Journal of Consumer Research*, 14(2), 189-199.
- Rose, P., & Segrist, D. J. (2009). Excessive buying as a genuine addictive behavior. En A. N. Browne-Miller. *The Praeger International collections on addictions from concept to compulsion. Praeger Perspectives: Abnormal psychology* (pp. 53-79). Santa Barbara, CA, US: Praeger/ABC-CLIO.

- Sáenz, S., González, F. & Díaz, S. (2011). Hábitos y trastornos alimenticios asociados a factores socio-demográficos, físicos y conductuales en universitarios de Cartagena, Colombia. *Rev Clín Med*, 4(3), 193-204. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2011000300003&script=sci_arttext
- Sandoval, C. (1997). *Sueños y sudores en la vida cotidiana de trabajadores y trabajadoras de la maquila y la construcción*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Scott, K. S., Moore, K. S., & Miceli, M. P. (1997). An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Human Relations*, 50, 287-314. Available via: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1016986307298>
- Sissa, J. (1997). *Le plaisir et le mal*. Paris: Odile Jacob.
- Sociedad Americana de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Soria, I. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria ¿Una Adicción? *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1(1), 1-24. Recuperado de <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/trastornos%20de%20la%20conduca%20alimentaria.pdf>
- Sos Tena, P. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*, 12(10), 613-619.
- Spence, J. T., & Robbins, A. S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58, 160-178. Available via: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5801_15
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Suler, J. (1996). *Why is this eating my life? Computer and Cyberspace Addiction at the "Palace" World Wide Web*. Recuperado de: www.rider.edu/suler/psycyber/eatlife.htm
- Tajfel, H. (Ed.). (1978). *Differentiation between Social Groups*. London: Academic Press.

- Taris, T. W., Geurt, S. A. E., Schaufeli, W. B., Blonk, R. W. B., & Lagerveld, S. E. (2008). All day and all of the night: The relative contribution of two dimensions of workaholicism to well-being in self-employed worker. *Work & Stress*, 22(2), 153-165. Available via: <http://dx.doi.org/10.1080/02678370701758074>
- Tobón, N., Cano, V., y Londoño, N. (2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía: aproximación a la población no institucionalizada. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 29, 98-121. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/revistaucn/article/view/73>
- Trigueros, M. C. (1997). Las representaciones sociales: herramientas para el diagnóstico de salud. *Avances en enfermería*, 15(1-2), 114-123.
- Troisi, J. D., Christopher, A. N., & Marek, P. (2006). Materialism and money spending disposition as predictor of economic and personality variables. *North American Journal of Psychology*, 8, 421-436.
- Umaña, S. A. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Valence, G., D'Astous, A., & Fortier, L. (1988). Compulsive buying: Concept and measurement. *Journal of Consumer Policy*, 11, 419-433.
- Valleur, M., & Velea, D. (2002). Les addictions sans drogue(s). *Revue Toxibase*, 6, 1-15.
- Varas-Rojas, L. E. (noviembre 12 al 29 de 2009). Imaginarios sociales que van naciendo en comunidades virtuales: Facebook, crisis analógica, futuro digital. IV Congreso Online del Observatorio para la Cibersociedad. Recuperado de www.cibersociedad.net
- Vergara, J. (2009). La concepción del hombre de Friedrich Hayek. *Revista de Filosofía*, 65, 161-176. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rfilosof/v65/art10.pdf>
- Villoria, C. (2003). El juego patológico en los universitarios de la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 14(1), 43-65. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617967003>
- Virués, J., & Moreno, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 765-777. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/virues-es.pdf>
- Wallon, H. (1942). De l'acte à la pensée. París: Flammarion.

- Washton, A. M., & Boundy, D. (1991). *Querer no es poder. Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona: Paidós.
- Woodman, M. (1994). *Adicción a la Perfección*. Barcelona: Luciérnaga.
- Young, K. S. (Agosto de 1997). What makes the Internet Addictive: Potential explanations for pathological Internet use. Artículo presentado en el Annual Meeting of the American Psychological Association, Chicago, IL.
- Young, K. S. (1998). The relationships between depression and Internet addiction. *Cyberpsychology and Behaviour*, 1, 25-28.
- Young, K. S. (1999). Internet Addiction: symptoms, evaluation and treatment. En L. VandeCreek & T. Jackson. (Eds.). *Innovations in clinical practice: a source book* (pp. 19-31). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, K. S., & Rodgers, R. C. (1998). Internet addiction: Personality traits associated with its development. Comunicación presentada en el 69th Annual Meeting of the Eastern Psychological Association, Boston.
- Yurchisin, J., & Johnson, K. P. (2004). Compulsive buying behavior and its relationship. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 32(3). DOI: 10.1177/1077727X03261178
- Zapata, M. A., Torres, Y., y Montoya, L. (2011). Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín – Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/17-26%20zapata%2023-1.pdf>

Información de los autores

Gustavo Adolfo Calderón Vallejo

Sociólogo Universidad de Antioquia, Magíster Estudios Urbano Regionales Universidad Nacional. Líder Grupo de investigaciones en Farmacodependencia y otras adicciones. Docente Maestría en Adicciones Fundación Universitaria Luis Amigó. Últimos artículos publicados: Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios. Correo electrónico: gcaldero@funalm.edu.co.

César Augusto Jaramillo Jaramillo

Psicólogo graduado de la Universidad de Antioquia. Especialista en Estudios sobre Juventud, de la misma Universidad y Magíster en Educación y Desarrollo Humano, de la Universidad de Manizales CINDE. Sus áreas de investigación son: Adicciones, Juventud, Psicología Social, Psicoanálisis e Investigación. Pertenece a los grupos de investigación Psicología Aplicada y Sociedad - PAYS de la Institución Universitaria de Envigado, clasificado en Categoría B de Colciencias y el Grupo en Farmacodependencia y otras adicciones, de la Fundación Universitaria Luis Amigó, en la misma categoría.

Es además docente – investigador con 26 años de trayectoria, actualmente Docente Tiempo Completo Asociado de la Institución Universitaria de Envigado de la Facultad de Ciencias Sociales en el pregrado de Psicología y Docente de medio tiempo ocasional de la Fundación Universitaria Luis Amigó, en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales en pregrado y posgrados.

Ha sido conferencista nacional e internacional en los campos mencionados y en su producción cuenta con artículos y libros producto de su trayectoria investigativa. Correo electrónico: ceauja@gmail.com.

Damien Le Gal

Doctor en Ciencias del Lenguaje de la Universidad Europea de Bretaña (Francia) y Sociolingüista. Desde hace tres años trabaja en Colombia y se desempeña como investigador en el Grupo Estudios de Fenómenos Psicosociales de la Fundación Universitaria Luis Amigó en Medellín. Ha publicado varios artículos, capítulos de libro y libro en diferentes áreas de las Ciencias Humanas y Sociales.

Correo electrónico: damien.legalle@amigo.edu.co

Henry Holguín Osorio

Psicólogo de la Institución Universitaria de Envigado, Especialista y Magíster Intervenciones Psicosociales de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Máster Iberoamericano de Animación Sociocultural y Comunitaria, Universidad Católica Pontificia del Perú y de la Universidad de Montes e Alto Douro de Portugal. Docente e investigador de la Fundación Universitaria Luis Amigó, en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales en pregrado y posgrados. Ponente nacional e internacional en las áreas de Psicología Social, producción de artículos y libros producto de trabajos investigativos.

Correo electrónico: henryholguinosorio@gmail.com





Medellín
2016