

# COMPORTAMIENTO Y ESTADOS DE ÁNIMO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

## *Behavior and moods state related to psychoactive substance use*

JORGE ALEXANDER RÍOS-FLÓREZ<sup>1</sup>, JEY SEBASTIÁN JIMÉNEZ-TABARES<sup>2</sup>,  
BRANDON STEVEN MARÍN-MORENO<sup>3</sup>, ANDREA SALOMÉ  
CHALARCA-MARULANDA<sup>4</sup>

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.e346096>

### Resumen

Este estudio tuvo como propósito caracterizar el comportamiento y los estados de ánimo de consumidores de sustancias psicoactivas en comparación con no consumidores, identificando la relación existente entre los estados de ánimo, la conducta suicida, la violencia y los comportamientos agresivos. Se formuló como una investigación transversal, de enfoque cuantitativo y con un diseño de análisis comparativo-correlacional. La selección de la muestra se realizó por modelo no probabilístico. Participaron 4237 personas, entre consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas (SPA) (ilegales). Se emplearon los inventarios de ansiedad y de depresión de Beck, una escala de valoración subjetiva del estado de ánimo, y el registro de una historia socioclínica. Se halló relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de

comportamientos negativos característicos de agresividad, e ideación y conductas suicidas. Sin embargo, los consumidores han sufrido menos *bullying* escolar y laboral. Asimismo, los consumidores de sustancias psicoactivas atribuyen, por autopercepción, mayores niveles de ansiedad y depresión, a sus estados de ánimo, en relación con los no consumidores. Se encontró coherencia con la presencia objetiva de sintomatología característica de ansiedad y depresión; reconociendo acertadamente sus estados de ánimo. Usuarios de SPA suelen consumir en mayor medida medicamentos para el control del sueño y los estados de ánimo, y asisten con más frecuencia a consulta psicológica.

**Palabras clave:** agresividad, ansiedad, cocaína, depresión, marihuana, psicología, sueño.

Recibido: 08-05-2021 / Aceptado: 17-11-2022

Para citar este artículo en APA: Ríos-Flórez, J. A. et al. (2023). Comportamiento y estados de ánimo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 15(1), e346096. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e346096>.

<sup>1</sup> Doctor en Psicobiología. Politécnico Gran colombiano Institución Universitaria, Medellín, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-8367-8225>. [jriosflo@poligran.edu.co](mailto:jriosflo@poligran.edu.co).

<sup>2</sup> Magíster en Psicología Clínica. Grupo de Investigación en Neurociencias *Hippocampus*, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-1205-4463>.

<sup>3</sup> Psicólogo. Grupo de Investigación en Neurociencias *Hippocampus*, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-6848-3251>.

<sup>4</sup> Psicóloga. Grupo de Investigación en Neurociencias *Hippocampus*, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-2683-4527>.



## Abstract

The purpose of this study was to characterize the behavior and mood states of psychoactive substance users compared to non-users, identifying the relationship between mood states, suicidal behavior, violence, and aggressive behaviors. It was formulated as cross-sectional research, with a quantitative approach and a comparative-correlational analysis design. The sample was selected using a non-probabilistic model. A total of 4.237 people participated, including consumers and non-consumers of (illegal) psychoactive substances. The Beck anxiety and depression inventories, a subjective mood assessment scale, and a socio-clinical history were used. A relationship was found between the use of psychoactive substances and the presence of negative behaviors

characteristic of aggressiveness, suicidal ideation, and suicidal behaviors. However, users are fewer victims of bullying at school and jobs. Likewise, consumers of psychoactive substances attribute, by self-perception, higher levels of anxiety and depression to their moods, concerning non-consumers. There is consistency with the objective presence of characteristic symptoms of anxiety and depression; assertively recognizing their moods. They tend to consume more medications for sleep and mood control, and a higher frequency of psychological assistance.

**Keywords:** Aggressiveness; Anxiety; Cocaine; Depression; Marijuana; Psychology; Sleep.

## Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) ha propiciado debates amplios tanto de orden social como clínico. A nivel de investigación se ha intentado establecer la relación entre el consumo de estas sustancias (naturales y sintéticas) y sus efectos sobre la salud física y mental, con repercusiones a nivel cognitivo-comportamental. Así, estudiar el consumo de sustancias psicoactivas y los efectos perjudiciales que tiene sobre el comportamiento humano se ha tornado en uno de los ejes de interés de la psicopatología, en la búsqueda de comprensión de tal influencia y su manejo psicoterapéutico.

En esta vía, las sustancias psicoactivas (American Psychiatric Association, 2013; MINSALUD, 2016; Navía-Bueno et al., 2011) se han catalogado como aquellas que, al ingerirse, inyectarse o inhalarse, alteran la funcionalidad del sistema nervioso central (SNC), afectando a nivel psíquico, emocional y social a la persona que las consume. Estas sustancias cuentan con diferentes clasificaciones, según su situación, legal o ilegal, su origen, sintética o natural, o nuevas sustancias, y según sus efectos en el SNC, como depresoras, estimulantes y alucinógenas (Infodrogas, 2013; ODC, 2016; UNODC, 2015; Valdés et al., 2018).

A nivel mundial se cuenta con estudios que refieren que el 5.3% de la población ha consumido drogas, como el cannabis y los opioides (UNODC, 2022). Además, JIFE (2019) destaca una prevalencia de mortalidad entre consumidores de SPA del 66% asociada al consumo de opioides. En países latinoamericanos, como Argentina, Chile, El Salvador, México y Uruguay, las sustancias con mayor prevalencia son el tabaco y el alcohol, seguidas del uso del cannabis y la cocaína, y su consumo predomina más en hombres que en mujeres (COPOLAD 2019; OEA, 2019; SEDRONAR, 2017; Vilugrón et al., 2017). En Colombia, se presenta mayor consumo de marihuana y cocaína en menores de edad entre los 10 y los 13 años (Córdoba-Paz, et al., 2017; Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2013; ODC, 2017). Además, para 2019 se encontró que el 42% de las personas entre 12 y 65 años han consumido alguna sustancia (DANE, 2020; VESPA, 2020).

Diversos estudios, como los de Aguilar et al. (2012), Hogarth et al. (2013), Levin (2011), Velásquez-Martínez y Ortiz (2014), resaltan la existencia de mecanismos biológicos de recompensa asociados al excesivo consumo de SPA, que afectan directamente la inhibición de respuestas y el aprendizaje entre estímulo-respuesta; según los Centros de Integración Juvenil (2016), Oliveira et al. (2017), Volkow y Morales (2015), estos mecanismos involucran, entre las áreas cerebrales, el área tegmental ventral, el núcleo accumbens, las cortezas cingulada anterior, orbitofrontal y prefrontal medial, el sistema límbico, la amígdala, el tálamo, el hipocampo y el hipotálamo; además, de neurotransmisores, como la dopamina, la acetilcolina, el glutamato, el GABA y la noradrenalina. Diversas investigaciones (Blum et al., 2012; León-Regal et al., 2014; Oliveira et al., 2017; Pinel, 2007; Uhl et al., 2019) reiteran que el sistema dopaminérgico mesotelencefálico es responsable de los mecanismos neuroadaptativos; con relación a los reforzadores condicionados, estos reforzadores se presentan en la vía mesolímbica, asociados al placer y la satisfacción que se experimenta a partir de las circunstancias y los estímulos, considerándolos como necesarios biológicamente, debido a su gratificación (Chamizo y Rivera, 2012; OMS, 2005); lo cual lleva a la repetición de ciertas actuaciones, como el consumo de SPA, propiciando conductas adictivas; y a desequilibrios asociados a la actividad cognitivo-comportamental.

En esta vía, la adicción puede traer consecuencias negativas en las diferentes esferas del individuo, como deserción escolar, dificultades en los ámbitos familiares, socioemocionales y económicos (García et al., 2012; Merchán-Clavellino et al., 2017; Ruiz-Aranda et al., 2010); asimismo, desencadena deterioro cognitivo (Coullaut-Valera et al., 2011; Curran et al., 2016), baja autoestima, desórdenes depresivos y de ansiedad (Chahua, 2014; Edlund et al., 2015; Moral et al., 2011; Tziraki, 2012), comportamiento agresivo (Romeo-Ayuso et al., 2016; Barreto et al., 2017) y comportamientos antisociales y delictivos (Bringas et al., 2012; Estévez y Emler, 2011; Hasking et al., 2011; López y Rodríguez-Arias, 2012; Ruiz et al., 2014). Por su parte, Bandura (1977) plantea, entre sus teorías, que la adicción se manifiesta por ciertos aprendizajes socialmente adquiridos, y Gottfredson y Hirschi (1990) formularon una perspectiva desde la cual postulan que la persona crea sistemas de control para evadir conductas sociales que se asocian con las vinculaciones y la autorregulación; lo cual podría explicar la retroalimentación entre el entorno y la conducta resultante.

De acuerdo con variadas investigaciones, en adultos jóvenes entre 18 y 30 años, que consumen reiteradamente SPA, especialmente alcohol y cannabis, se han encontrado falencias en el estado de ánimo, la autopercepción y la inteligencia emocional; además de los efectos mencionados anteriormente, se encontraron disfunciones en el entorno familiar y escolar (Gaona et al., 2012; Ríos-Flórez et al., 2019; Simón-Saiz et al., 2019). También ha sido reportado que los consumidores de SPA (particularmente cannabis) tienen dificultades en valorar la intensidad de sus propios estados de ánimo y presentan objetivamente mayores síntomas característicos de ansiedad y depresión (Ríos-Flórez et al., 2021).

Entre estas disfunciones, existe prevalencia en sintomatología depresiva y ansiosa que, según Córdova y García (2011), Gómez et al. (2013) y González-Fortez et al. (2015), se registra más en mujeres que en hombres, y el mayor consumo está directamente vinculado con síntomas depresivos e ideas suicidas; a su vez, Contreras et al. (2020) encontraron que el género masculino con edades entre 41 y 50 años presenta niveles altos de ansiedad y depresión derivados del consumo.

En esta misma línea, se ha demostrado que jóvenes que consumen algún tipo de sustancia tienen mayor factor de riesgo de padecer depresión o ansiedad (Cruz-Ramírez et al., 2018; González-González et al., 2012; Tirado et al., 2012), lo cual es reafirmado por Aristizábal et al. (2013), al evaluar a 93 personas que se encontraban en rehabilitación por consumo de SPA, quienes presentaron riesgo suicida, baja autoestima, depresión y ansiedad.

En cuanto a conductas externalizantes, Flores-Garza et al. (2019) y Michellini et al. (2016) manifestaron que los adolescentes que consumen alcohol en exceso presentan agresividad, un déficit en el control de impulsos y alteraciones en funciones ejecutivas generales; frente a lo cual Caña et al. (2015) hacen referencia a que los adolescentes que tienen un patrón de excesivo consumo presentan mayor impulsividad, y que esto influye de manera directa en la toma de decisiones.

En lo que respecta al desempeño cognitivo, en el estudio de García (2019) se pudo concluir que las SPA generan dificultades cognitivas, como en el control de impulsos, la estabilidad emocional y la autorregulación de los estados emocionales. Finalmente, Torres et al. (2015) concluyen que, entre los tantos efectos adversos que traen consigo el uso de las SPA, se presentan también afectaciones en la memoria y el aprendizaje.

Así, desde el contexto descrito y considerando los intereses sociales y clínicos sobre la comprensión del efecto de las SPA sobre el comportamiento, como también la relevancia teórico-práctica que tiene el abordaje de los temas de interés de este estudio, y su aplicabilidad clínico-terapéutica, esta investigación buscó caracterizar el comportamiento y los estados de ánimo de consumidores de sustancias psicoactivas y sus divergencias con no consumidores, identificando la relación existente entre los estados de ánimo, la conducta suicida, la violencia y los comportamientos agresivos.

## Metodología

Esta investigación se ha formulado y desarrollado tomando como base los criterios metodológicos de Hernández-Sampieri y Mendoza (2018); de corte transversal, con enfoque cuantitativo, y diseño comparativo-correlacional. La

selección de la muestra se ha realizado por modelo no probabilístico (y de participación voluntaria).

### *Participantes*

La muestra estuvo conformada por 4237 personas (1401 hombres y 2836 mujeres) entre 15 y 70 años, que fueron evaluados y filtrados por medio de una encuesta de salud mental dirigida a la población colombiana, y en las seis regiones del territorio nacional (Amazónica, Andina, Caribe, Insular, Orinoquia y Pacífica). En la muestra clínica se tuvo en cuenta consumidores de sustancias psicoactivas naturales, procesadas y sintéticas, con un total de 2714 personas consumidoras, de las cuales se identificaron 1835 mujeres y 879 hombres con una edad media de 26 años. Como criterios de inclusión participaron quienes presentaban un tiempo de consumo de SPA igual o superior a dos años; y patrón de consumo de mínimo cinco dosis por semana (obteniéndose media de  $9.2 \pm 3.6$ ). La vía de consumo varió dependiendo de la sustancia (oral —cigarros y comprimidos—, nasal —esnifados— y dilución —en saliva—). No se incluyeron usuarios de sustancias inyectables en sangre.

El grupo control (de no consumidores) estuvo constituido por 1523 personas, entre ellas, 1001 mujeres y 522 hombres con una edad media de 27 años (sin consumo activo de SPA y, quienes presentaron antecedente de consumo, refirieron “menos de tres veces en su vida y haber sido por curiosidad” antes de los últimos cinco años). En cuanto al nivel de escolaridad de la muestra tuvo alcance desde el analfabetismo funcional hasta nivel de doctorado. Ninguno de los participantes incluidos en los grupos muestrales presentó un diagnóstico de base con condiciones de orden psiquiátrico, físico o neuropsicológico, que pudieran explicar o interferir con el objetivo de la investigación; ni condiciones diferentes a las emergentes y asociadas al consumo de SPA.

### *Instrumentos*

La compilación de información se realizó por medio del protocolo de evaluación del estudio que incluyó, el inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck, 2002a), el inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, 2002b; [BDI-II]) y la

escala de valoración subjetiva del estado de ánimo (Ríos-Flórez et al., 2019; 2021). Cada uno de los inventarios de Beck consta de 21 preguntas con cuatro opciones de respuesta y puntuaciones que oscilan entre 0 y 3, cuya puntuación total varía entre 0 y 63. En ambos inventarios las puntuaciones obtenidas se agrupan en rangos que representan los niveles de intensidad sintomática así: BAI, 0-21 (ansiedad muy baja), 22-35 (ansiedad moderada) y > 36 (ansiedad severa); BDI, 0-4 (depresión ausente), 5-12 (depresión mínima), 13-20 (depresión moderada) y > 26 (depresión severa). Los rangos de valoración para la escala subjetiva del estado de ánimo se agrupan así: para ansiedad, 0-2 (ansiedad percibida muy baja), 3-6 (ansiedad percibida moderada) y 7-10 (ansiedad percibida severa); para depresión, 0-0 (depresión percibida ausente), 1-2 (depresión percibida mínima), 3-4 (depresión percibida leve), 5-7 (depresión percibida moderada) y 8-10 (depresión percibida severa). Respecto a las características psicométricas del protocolo empleado:

El inventario de Ansiedad de Beck – BAI (Beck, 2002a) presenta un Cronbach de fiabilidad y consistencia interna Superior para los adultos de la población general (0,92) y Alta para los estudiantes universitarios (0.88), según Beck y Steer, (2011, citados en Sanz, 2014), mientras que el Inventario de depresión de Beck – BDI-II (Beck, 2002b) con Cronbach Superior (0,91) y una validez con correlaciones ítem-test que oscilaron entre 0,31 (Débil) y 0,67 (Razonable) para población colombiana (Maldonado-Avendaño et al., 2021); para la Escala de valoración subjetiva del estado de ánimo (de Ríos-Flórez et al., 2019, subtest adaptada de Botelho et al., 2004), se emplearon los niveles y rangos de análisis de interpretación sugeridos por Ríos-Flórez et al. (2019) en su estudio de similar metodología, con Cronbach 0.87 (Alta) y confiabilidad  $p$ : 0.05 (Alta). Dicha escala presenta dos ítems, uno que solicita valoración entre 0 y 10 de “qué tan ‘ansioso’ se ha sentido en la última semana” y otro indaga sobre “qué tan ‘deprimido’ se ha sentido en la última semana” [...] Las tres escalas empleadas para la valoración de los estados de ánimo presentan características psicométricas idóneas que refuerzan la consistencia y confiabilidad de los datos obtenidos (Ríos-Flórez et al., 2021, p. 68).

Además, el protocolo incluyó la recopilación de datos de tipo sociodemográfico, relaciones interpersonales, desempeño social, relaciones de pareja, antecedentes de violencia y maltrato (como víctima o victimario, violencia psicológica, agresividad verbal y física), comportamientos emocionales negativos (vinculados a reacciones asociadas a variaciones del estado de ánimo) y

[8] Jorge Alexander Ríos-Flórez, Jey Sebastián Jiménez-Tabares, Brandon Steven Marín-Moreno, Andrea Salomé Chalarca-Marulanda

conducta suicida (pensamientos e intentos), así como otras condiciones de orden psicológico-comportamental, mediante un registro de historial socio-clínico. El protocolo de evaluación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del Grupo de Investigación *Hippocampus*.

### *Procedimiento*

La recolección de datos y la aplicación del protocolo de evaluación se realizó de manera individual, e inició con la socialización y aceptación del consentimiento informado. Se continuó con el diligenciamiento del historial socioclínico, seguido por la escala de valoración subjetiva del estado de ánimo, en la que se solicitó indicar “de 0 a 10 qué tan depresivo se ha sentido en la última semana” y “de 0 a 10 qué tan ansioso se ha sentido en la última semana”, contados a partir del momento de responder el cuestionario, y posteriormente se aplicaron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (2002a; 2002b).

### *Consideraciones éticas*

La actual investigación tuvo presente la Resolución N.º 8430 de 1993, que es la encargada de reglamentar las normas administrativas, científicas y técnicas en la investigación en salud, por el hecho de trabajar con participantes humanos; asimismo se tuvo en consideración la Ley 1090 de 2006 que dispone El Código Bioético y Deontológico del psicólogo, por último, y no menos importante, los principios éticos de la *World Medical Association* establecidos en la declaración de Helsinki (WMA, 2015). Con la intención de cumplir a cabalidad las disposiciones legales, se hizo uso del consentimiento informado, donde se especificó el procedimiento y el objetivo de la investigación, y se hizo la salvedad de que toda información e identidad recolectada en esta será de uso singular en la investigación, y se informó sobre la libertad de los participantes de retirarse cuando ellos lo considerasen propicio.

### *Análisis estadísticos*

Los datos recolectados en el protocolo de evaluación se han analizado mediante estadística comparativa-correlacional, por comparación de medias y distri-



bución de datos. Han sido procesados en el *software* estadístico IBM SPSS, versión 25.0. Se ejecutó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para identificar la distribución paramétrica y no paramétrica de los datos (según correspondiese), por cada criterio y variable considerado en la investigación, con corrección de significación de Lilliefors. Considerando los resultados de cada prueba de normalidad se seleccionaron y realizaron las pruebas de comparación de medias, T de Student (variables con resultado paramétrico) y U de Mann-Whitney para dos muestras independientes (variables con resultado no paramétrico), así como las correlaciones bidireccionales por coeficiente de correlación de Pearson y rho de Spearman, ejecutados considerando la distribución de los datos. De igual forma, se obtuvieron los descriptivos y frecuencias generales por variable / criterio.

## Resultados

En la tabla 1, se condensan los datos demográficos de las dos muestras de participantes en este estudio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación a la *edad*, ante lo cual los integrantes del grupo 1, los consumidores de SPA, tienen en promedio menores edades que los no consumidores (grupo 2). De otro lado, las dos muestras no tuvieron diferencias estadísticas con relación al nivel de *escolaridad*. Sin embargo, se halló que los integrantes del grupo 2, hacen parte de los estratos socioeconómicos más bajos. La tabla 1, también presenta los análisis estadísticos referentes a los estados de ánimo característicos de sintomatología asociada a ansiedad y depresión; así, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2, para los criterios *BDI*, *BAI*, *autopercepción de depresión* y *autopercepción de ansiedad*, todos a nivel de  $p \leq 0.001$ .

**Tabla 1**  
*Datos sociodemográficos y test del estado de ánimo*

Criterio	Grupo	Media	DE	r1	r2	Sig. <sup>u</sup>
Edad	SPA	26.16	6.77	-0.147**s	-0.175**s	0.004**
	No SPA	27.66	8.28	-0.136**s	-0.188**s	
Escolaridad	SPA	15.69	1.84	-0.100**r	-0.094*s	0.202
	No SPA	15.61	1.94	0.138**r	-0.144**r	
Estrato socioeconómico	SPA	3.06	1.01	-0.068 <sup>r</sup>	-0.094* <sup>r</sup>	0.000***
	No SPA	2.86	1.01	-0.056* <sup>r</sup>	-0.081** <sup>r</sup>	
BDI	SPA	13.50	12.18	1.000	0.740**s	0.000***
	No SPA	10.86	11.24	1.000	0.736**s	
BAI	SPA	14.40	11.11	0.740**s	1.000	0.000***
	No SPA	12.34	11.01	-0.736**s	1.000	
Autopercepción de depresión	SPA	4.92	2.99	0.678**s	0.532**s	0.000***
	No SPA	4.28	3.05	0.660**s	0.608**s	
Autopercepción de ansiedad	SPA	6.14	2.59	0.483**r	0.557**s	0.000***
	No SPA	5.57	6.28	0.510**s	0.567**s	
BDI <sup>z</sup>	Mujeres	14.98	12.23	1.000	0.723**r	0.000***
	Hombres	11.34	11.81	1.000	0.765**r	
BAI <sup>z</sup>	Mujeres	16.03	11.37	0.723**r	1.000	0.000***
	Hombres	12.00	10.28	0.765**r	1.000	
Autopercepción de depresión <sup>z</sup>	Mujeres	5.16	2.96	0.690**s	0.504**	0.010**
	Hombres	4.56	2.99	0.640**s	0.551**r	
Autopercepción de ansiedad <sup>z</sup>	Mujeres	6.26	2.52	0.531**s	0.531**s	0.193
	Hombres	5.96	2.69	0.563**s	0.593**s	

*Nota:* DE: desviación estándar; r1: correlación del criterio con la prueba BDI; r2: correlación del criterio con la prueba BAI; z: criterios analizados por género; s: coeficiente de correlación rho de Spearman; r: coeficiente de correlación de Pearson; Sig.: valor de significancia estadística de la comparación; u: U de Mann-Whitney; \*:  $p \leq 0.05$ ; \*\*:  $p \geq 0.01$ ; \*\*\*:  $p \leq 0.001$ .

En lo que respecta a las correlaciones de la tabla 1, se determinó que, para los dos grupos, la *edad* se correlacionó de forma significativa e inversamente proporcional con las escalas *BDI* (r1) y *BAI* (r2), indicando que a mayor edad, menores puntuaciones en estas escalas ( $p \leq 0.01$ ). Asimismo, se encontró que,

para el grupo 1, la escolaridad se correlaciona inversamente proporcional con las escalas *BDI* ( $r1, p \leq 0.01$ ) y *BAI* ( $r2, p \leq 0.05$ ). La variable *BDI* ( $r1$ ) se correlacionó positivamente (a nivel de  $p \leq 0.01$ ) con los criterios *autopercepción de depresión* y *autopercepción de ansiedad* para ambos grupos, indicando que a mayores puntuaciones en la escala *BDI*, mayores puntuaciones en las dos escalas de autopercepción. Por otra parte, la escala *BDI* ( $r1$ ) se correlacionó de manera directa con la escala *BAI* para el grupo 1 y de manera inversa para el grupo 2, en ambos casos fue estadísticamente significativo a nivel de  $p \leq 0.01$ . Por último, la escala *BAI* ( $r2$ ) se correlacionó de forma directamente proporcional con los criterios *BDI*, *autopercepción de depresión* y *autopercepción de ansiedad*, en ambos grupos; refiriendo que, a mayores puntuaciones en la escala, mayores serán las puntuaciones en estos criterios ( $p \leq 0.01$ ). Contrario a esto, la relación del *BAI* ( $r2$ ) con el criterio *estrato socioeconómico* es inversamente proporcional, tanto para el grupo 1 ( $p \leq 0.05$ ) como para el 2 ( $p \leq 0.01$ ).

De otro lado, al analizar los criterios asociados a estados de ánimo por género, en el grupo consumidor de SPA ( $z$ ), en la tabla 1 se puede observar que los criterios *BDI* ( $p \leq 0.001$ ), *BAI* ( $p \leq 0.001$ ) y *autopercepción de depresión* ( $p \leq 0.01$ ) presentaron diferencias estadísticamente significativas, en las cuales se encontró que las mujeres obtuvieron mayores puntajes en estos criterios. A su vez, no existieron diferencias estadísticas en el criterio *autopercepción de ansiedad* en la comparación por género. Asimismo, se halló que estos cuatro criterios se correlacionaron con las puntuaciones en las escalas *BDI* ( $r1$ ) y *BAI* ( $r2$ ) de manera directamente proporcional, respectivamente; indicando que a mayores puntuaciones en el criterio, mayores puntuaciones en las escalas ( $p \leq 0.01$ ).

Los criterios abordados para *agresión*, presencia de *bullying*, *conductas suicidas*, *consumo de estimulantes* y *consulta psicológica*, se incluyen en la tabla 2. Los análisis permitieron determinar que el 14.1 % de los consumidores de SPA (grupo 1) y el 11.8 % de los no consumidores (grupo 2) son víctimas de algún tipo de *agresión en el hogar*; esta diferencia entre los dos grupos no es estadísticamente significativa; sin embargo, los análisis indicaron que el 62.9 % del grupo 1 y el 48.6 % del grupo 2 han participado en alguna *agresión fuerte de tipo verbal*, asimismo, de los integrantes del grupo 1 el 38.9 % contra el 20 % del grupo 2 han participado en alguna *pelea con agresión física*; en ambos tipos

de agresión la diferencia entre grupos es significativa a nivel de  $p \leq 0.001$ . A su vez, el 11.1 % de los integrantes del grupo 1 y el 7.7 % de los integrantes del grupo 2 han tenido algún *problema legal*, por agresión, hurto, conflicto interpersonal o familiar ( $p \leq 0.01$ ).

**Tabla 2**  
*Criterios socioclínicos*

Criterio	Grupo	M	Sig. <sup>a</sup>
Agresión en el hogar	SPA	14.1	0.260
	No SPA	11.8	
Agresión fuerte de tipo verbal	SPA	62.9	0.000***
	No SPA	48.6	
Pelea con agresión física	SPA	38.9	0.000***
	No SPA	20.0	
Problema legal	SPA	11.1	0.010**
	No SPA	7.7	
<i>Bullying</i> en entornos educativos	SPA	62.5	0.033*
	No SPA	66.0	
<i>Bullying</i> en entornos laborales	SPA	13.3	0.035*
	No SPA	15.4	
Ideas suicidas en los últimos tres meses	SPA	32.6	0.000***
	No SPA	21.3	
Ideas suicidas en algún momento de su vida <sup>t</sup>	SPA	65.7	0.000***
	No SPA	49.4	
Intento suicida en los últimos tres meses	SPA	2.9	0.260
	No SPA	2.1	
Intento suicida en algún momento de su vida <sup>t</sup>	SPA	29.8	0.000***
	No SPA	20.2	
Consumo de SPA con alta frecuencia durante la semana <sup>v</sup>	SPA	47.0	0.000***
	No SPA	0.2	
Consume algún tipo de alcohol	SPA	98.9	0.000***
	No SPA	88.7	
Consume cigarrillo	SPA	31.4	0.000***
	No SPA	9.8	

Consumir alcohol le ayuda a relajarse	SPA	56.9	0.022*
	No SPA	28.8	
Ha asistido al psicólogo <sup>p</sup>	SPA	66.0	0.000***
	No SPA	57.6	
Actualmente quisiera consultar al psicólogo	SPA	66.1	0.000***
	No SPA	66.2	
Ha consumido medicamentos para el estado de ánimo o sueño <sup>w</sup>	SPA	23.8	0.000***
	No SPA	16.3	

*Nota:* M: estadístico descriptivo base de comparación (%); p: en algún momento de su vida; t: diferente a los últimos tres meses, previos a la evaluación; v: mayor a cuatro veces; w: en los últimos seis meses; u: U de Mann-Whitney; \*:  $p \leq 0.05$ ; \*\*:  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*:  $p \leq 0.001$ .

De otro lado (tabla 2), se encontró que el 62.5 % de los consumidores de SPA (grupo 1) y el 66 % de los no consumidores (grupo 2) ha sido víctima de *bullying en entornos educativos*, de igual manera, el 13.3 % del grupo 1 y el 15.4 % del grupo 2, ha sido víctima de *bullying en entornos laborales*; siendo esta diferencia, entre grupos, significativa para ambos entornos a nivel de  $p \leq 0.05$ . En lo que respecta a la *ideación suicida*, se determinó que el 32.6 % de los integrantes del grupo 1 y el 21.3 % de los integrantes del grupo 2 ha tenido *ideas suicidas en los últimos tres meses* (previos al día de la evaluación), a su vez, se identificó que el 65.7 % del grupo 1 y el 49.4 % del grupo 2 ha tenido *ideas suicidas en algún momento de su vida* (diferente a los últimos tres meses). También se encontró que el 2.9 % de los consumidores de SPA (grupo 1) y el 2.1 % de los no consumidores (grupo 2) ha *intentado suicidarse en los últimos tres meses*; asimismo, el 29.8 % del grupo 1 y el 20.2 % del grupo 2 ha presentado, como mínimo, un *intento suicida en algún momento de su vida* (diferente a los últimos tres meses); para todos los casos de *ideación suicida* e *intento suicida* la diferencia entre grupos es estadísticamente significativa ( $p \leq 0.001$ ).

Por otra parte, la tabla 2 también presenta datos asociados al consumo de estimulantes. Indicando que el 0.2 % de los integrantes del grupo 2 consumió una única vez en su vida alguna sustancia psicoactiva (previo a los últimos dos años), a su vez, el 47 % de los integrantes del grupo 1 consume SPA con *alta frecuencia durante la semana* (más de 4 veces —  $p \leq 0.001$ —). De igual forma, se encontró que el 98.9 % y el 88.7 % (grupos 1 y 2, respectivamente)

*consumen algún tipo de alcohol*. También, el 31.4% del grupo 1 y el 9.8% del grupo 2 *consumen cigarrillo*; entre los grupos estas diferencias de consumo son estadísticamente significativas ( $p \leq 0.001$ ). Sin embargo, se determinó que únicamente para el 56.9% del grupo 1 y el 28.8% del grupo 2 el *consumir alcohol* les ayuda a relajarse ( $p \leq 0.05$ ).

Por último (tabla 2), los datos indicaron que el 66% de los consumidores de SPA (grupo 1) y el 57.6% de los no consumidores (grupo 2) *ha asistido al psicólogo en algún momento de su vida* (diferencia entre grupos a nivel de  $p \leq 0.001$ ); a su vez, el 66.1% del grupo 1 y el 66.2% del grupo 2 *actualmente quisieran consultar al psicólogo*. De estos porcentajes se encontró que el 7.7% de los consumidores y el 5.9% de los no consumidores se encuentra actualmente en tratamiento ( $p \leq 0.001$ ). En cuanto al consumo de fármacos, se halló que el 23.8% del grupo 1 y el 16.3% del grupo 2 *ha consumido medicamentos para el estado de ánimo o para conciliar el sueño* en los últimos seis meses, siendo significativa esta diferencia entre los grupos ( $p \leq 0.001$ ).

En las tablas suplementarias se incluyeron estadísticos generales que ilustran de forma descriptiva los datos asociados a los criterios y las variables abordados en esta sección de resultados.

## Discusión

La interpretación de los resultados estadísticos ha permitido dar cuenta de la influencia del consumo de sustancias psicoactivas sobre los estados de ánimo y el comportamiento de los consumidores, posibilitando el establecer vínculos de relación entre los factores asociados y los hallazgos de otras investigaciones, favoreciendo acertadamente los análisis de discusión.

En este sentido, nuestros hallazgos permitieron concretar que el consumo de SPA se asoció significativamente a la ingesta de alcohol y cigarro, y se encontró que el alcohol se emplea como un medio para relajarse, coadyuvante de las sustancias psicoactivas. Con respecto a esto, Simón-Saiz et al. (2019) refirieron que los individuos que no consumen alcohol presentan mejores estados de ánimo y mayores habilidades de autopercepción emocional, así como mejores relaciones familiares y en el entorno educativo. Asimismo, y también asociado

al consumo de alcohol, Michelini et al. (2016) encontraron que el aumento y la frecuencia del consumo de alcohol se asocia al bajo control de impulsos y conductas agresivas, dificultades en la toma de decisiones y otras alteraciones cognitivas de orden ejecutivo, lo cual corrobora los hallazgos de Caña et al. (2015). En esta misma vía, Flores-Garza et al. (2019) describieron que la dependencia psicoactiva asociada al consumo de alcohol guarda relación significativa con la presencia de conductas agresivas tanto físicas como verbales.

Asociado a esto, la investigación aquí ejecutada halló que las personas consumidoras de SPA participan en mayor medida de agresiones fuertes tanto de tipo verbal como físico. Lo cual concuerda con los estudios referidos con anterioridad, al encontrarse que el consumo de psicoactivos se vincula a la presencia de mayores conductas agresivas. Los datos de nuestra investigación dan cuenta de la estrecha relación, a su vez, con conductas de hurto, agresividad, conflictos interpersonales y violencia intrafamiliar.

De igual forma, Ríos-Flórez et al. (2021) destacan que entre los consumidores de SPA (cannabis, particularmente) existen dificultades para valorar sus propios estados emocionales y niveles significativos de síntomas característicos de ansiedad y depresión. En el estudio aquí desarrollado fue posible hallar que las personas consumidoras de SPA presentaron mayores conductas objetivas características de ansiedad y depresión, y mayor autopercepción de sus síntomas, con relación a individuos no consumidores. En esta línea, Tirado et al. (2012) refieren que existe mayor prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo de cuadros de ansiedad cuando existe consumo y dependencia de SPA. En este sentido, se hace necesario considerar que la relación entre los estados de ánimo y el consumo de sustancias psicoactivas mantienen un vínculo estrecho, puesto que, como lo refirieron Cruz-Ramírez et al. (2018), la presencia de cuadros característicos de ansiedad y depresión aumenta el riesgo de consumo de SPA, tornándose un factor de retroalimentación hacia la conducta de consumo y el mantenimiento de estados de ánimo alterados.

Asimismo, Córdova y García (2011) encontraron que los síntomas de ansiedad y depresión se presentan con mayor intensidad en mujeres que en hombres adolescentes. Ante esto, es posible coincidir con los autores, pues en la investigación aquí desarrollada se halló que, entre los consumidores de

SPA, las mujeres presentan mayor sintomatología característica de ansiedad y depresión que los hombres. Sin embargo, también se encontró que ante la autopercepción de los síntomas de ansiedad tanto hombres como mujeres se perciben a sí mismos con niveles elevados de ansiedad, sin diferencias en cuanto al género. Contrario a lo anterior, Contreras et al. (2020) reportaron que son los hombres los que presentan mayores niveles de ansiedad, y que el consumo de SPA se encuentra relacionado con la presencia de síntomas depresivos.

En este sentido, si bien en nuestra investigación se encontró que los consumidores de SPA presentan mayores niveles de depresión que los no consumidores, fueron las mujeres y no los hombres las que obtuvieron mayores índices, tanto de depresión objetiva como por autopercepción, concordando con los hallazgos de Gómez et al. (2013), quienes reportaron una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el aumento de la sintomatología depresiva, especialmente en mujeres. Ríos-Flórez et al. (2021) también encontraron diferencias asociadas al género de los participantes consumidores de SPA vinculadas a la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, tanto por autopercepción como valorados clínicamente.

Pese a esto, también se halló que, en el momento de la evaluación, las personas consumidoras de SPA manifestaron menor interés por la búsqueda de consulta psicológica, con relación a los no consumidores. En este sentido, Ríos-Flórez et al. (2019) describieron que adultos jóvenes (no asociados a SPA) presentaron mayores dificultades en la autopercepción de sus estados de ánimo; también, entre los consumidores de cannabis, Ríos-Flórez et al. (2021) plantearon que quienes presentan disfunciones del estado de ánimo y asisten a consulta psicológica identifican con mayor acierto la intensidad de sus estados de ánimo alterados, asociados a ansiedad y depresión.

De otro lado, Gaona et al. (2012) refirieron que el consumo de sustancias psicoactivas no incide en la presencia de conductas de intento suicida. Sin embargo, no es posible coincidir con estos autores puesto que los análisis aquí hechos permitieron establecer que existe una relación entre el consumo de SPA y los intentos de suicidio, al hallarse que los consumidores de SPA presentan mayor ideación suicida y mayores tentativas de suicidio, en relación con los no consumidores. Estos indicadores se encontrarían relacionados con



la presencia de síntomas depresivos y con la percepción de sus propios estados emocionales, apoyando los resultados de la investigación desarrollada por González-Forteza et al. (2015), quienes hallaron que la depresión relacionada con el consumo de drogas, y sumada a los comportamientos depresivos, incrementa la ideación suicida, y a su vez se asocia con el alto consumo de alcohol y tabaquismo. Lo cual también soporta nuestros hallazgos, y coincide con los de Aristizábal et al. (2013), al encontrarse que los consumidores de SPA padecen mayores síntomas de ansiedad, depresión y baja autoestima, aumentando el riesgo y el intento de conducta suicida.

Así, los resultados y los análisis obtenidos en la investigación aquí descrita permitieron dar cuenta de alteraciones en la estabilidad del estado anímico de los consumidores de sustancias psicoactivas, y la percepción que estos tienen de los síntomas y las conductas asociadas a los trastornos de ansiedad y de depresión, lo cual, como fue referido por García (2019), dificulta la autorregulación emocional y el control de conductas impulsivas, incidiendo también, desde lo señalado por el autor, en el desempeño cognitivo; apoyando los hallazgos de Torres et al. (2015). Con respecto a este panorama, la mayoría de las investigaciones y los estudios desarrollados, y que tuvieron como objetivo caracterizar la influencia del consumo de sustancias psicoactivas y sus factores asociados, coinciden en postular que dicho consumo guarda estrecha relación con los estados de ánimo, las conductas de agresividad y la ideación suicida.

## Conclusiones

En este estudio se pudo determinar que existe una asociación entre la presencia de conductas de agresión, suicidio y estados de ánimo (tanto por medición objetiva como de autopercepción), cuando están relacionadas con el consumo o no de sustancias psicoactivas. Asimismo, se halló que a menor edad, mayor presencia de sintomatología característica de ansiedad y depresión, independiente del consumo de SPA; sin embargo, el consumo es más frecuente en los adultos jóvenes.

Se pudo establecer que entre los consumidores de sustancias psicoactivas la presencia de síntomas de ansiedad y depresión es mayor que en los no con-

sumidores; siendo mayor la sintomatología de estos trastornos entre quienes tienen menor nivel de escolaridad. Principalmente, es la ansiedad la de mayor presencia sintomatológica.

De igual forma, se concluyó que los consumidores de SPA se autoperciben con mayores síntomas de ansiedad y de depresión que los no consumidores, y esto guarda una relación directa con la valoración objetiva de esos síntomas, lo cual indica que los consumidores de SPA cuentan con la capacidad de reconocer acertadamente sus estados de ánimo. A su vez, se encontró que, entre los consumidores de SPA, las mujeres presentan mayor sintomatología característica de ansiedad y depresión que los hombres. Asimismo, las mujeres se autoperciben con mayores conductas asociadas a depresión; y la mayor o menor autopercepción de síntomas de ansiedad es independiente del género entre los consumidores de SPA.

Los consumidores de sustancias psicoactivas han sido víctimas de mayores conductas de agresión en el hogar; siendo la violencia verbal y psicológica la de mayor prevalencia, donde los padres son los principales agresores, especialmente las madres. Asimismo, las personas consumidoras de sustancias psicoactivas se involucran en mayor medida en agresiones fuertes de tipo verbal y peleas con agresión física. Sumado a esto, presentan más participación en problemas legales, asociados a agresión, hurto, conflictos interpersonales y violencia intrafamiliar, entre otros.

De otro lado, los consumidores de sustancias psicoactivas han sufrido menos *bullying* en entornos educativos y laborales que personas no consumidoras de SPA. Contrario a esto, las personas consumidoras de SPA han tenido mayor presencia de ideación suicida y mayores conductas de intentos suicidas; el 2.9 % ha intentado suicidarse en los últimos tres meses, el 19.5 % lo ha intentado por lo menos una vez antes de los últimos tres meses, el 8 % lo ha intentado de 2 a 3 veces, y el 2.3 % lo ha intentado 4 o más veces en algún momento.

Asimismo, los usuarios de SPA consumen en mayor medida alcohol y cigarrillo; pese a esto, la mayoría de las personas refiere que el consumir estas sustancias no les ayuda significativamente a relajarse. También suelen consumir más medicamentos para el control de los estados de ánimo y del sueño.

Y suelen asistir al psicólogo en algún momento de sus vidas más que los no consumidores; sin embargo, pese a manifestar la voluntad de querer recibir atención psicológica, solo el 7.7% buscan y se encuentran en tratamiento.

## Limitaciones

La muestra que incluye a los consumidores de sustancias psicoactivas no discrimina subgrupos por tipo de sustancia, por lo que los resultados se asocian al consumo de SPA, independientemente del tipo de sustancia. Si bien los análisis estadísticos tienen como base de procesamiento la distribución de los datos y la comparación de medias (sin que esto se vea comprometido por la cantidad de sujetos en cada muestra) los grupos no se encuentran equitativos en cantidad de sujetos o por género.

## Agradecimientos

A los participantes por su tiempo y disposición, así como a los auxiliares y colaboradores de los grupos de investigación *Hippocampus* y *Sapiens*, por su ayuda en la recolección de datos.

## Referencias

- Aguilar, O., Mendoza, M., Valdez, G., Brambila, M. y Camacho, R. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 119-124. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473/47323278010>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*. American Journal of Psychiatry.
- Aristizábal, C., Cañón, S., Castaño, J., Castaño, L., García, K., Marín, J., Osorno, J. y Sánchez, G. (2013). Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina (Col)*, 13(1), 11-23. <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273828094002.pdf>.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. Prentice-Hall.

[20] Jorge Alexander Ríos-Flórez, Jey Sebastián Jiménez-Tabares, Brandon Steven Marín-Moreno, Andrea Salomé Chalarca-Marulanda

- Barreto, Y., Enríquez, C., Pardo, J. y Valero, M. (2017). Percepción de educadores sobre consumo de sustancias psicoactivas y *bullying* en un colegio de Bogotá. *Hacia Promoc. Salud*, 23(1), 56-70. <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.5>.
- Beck, A. (2002a). *Inventario de ansiedad de Beck*. Pearson Clinical.
- Beck, A. (2002b). *Inventario de depresión de Beck-II*. Manual Moderno.
- Blum, K., Gardner, E., Oscar-Berman, M. y Gold, M. (2012). "Liking" and "wanting" linked to Reward Deficiency Syndrome (RDS): hypothesizing differential responsivity in brain reward circuitry. *Curr. Pharm. Des*, 18(1), 113-118. <http://doi.org/10.2174/138161212798919110>.
- Botelho, S., Martínez, L., Conde, C., Prada, E. y Bezerra, C. (2004). Evaluación de la memoria declarativa asociada a contenido emocional en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 229-242. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80536204.pdf>.
- Bringas, C., Rodríguez, L., López-Cepero, J., Rodríguez, F. y Estrada, C. (2012). Consumo de drogas y conducta delictiva: análisis diferencial de la heroína y la cocaína en la trayectoria infractora. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 3(1), 39-54. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2451/245122736003>.
- Caña, M., Michelini, Y., Acuña, I. y Godoy, J. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Salud y Drogas*, 15(1), 55-65. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=839/83938758006>.
- Centros de Integración Juvenil (2016). *Cerebro y sustancias psicoactivas. Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la adicción*. Centros de Integración Juvenil.
- Chahua, M. (2014). *Salud mental en jóvenes consumidores de cocaína y heroína: factores relacionados, diferencias de género e impacto sobre la calidad de vida* [tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- Chamizo, A. y Rivera, G. (2012). Cerebro y comportamiento: una revisión. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 4(2), 75-89. <https://www.redalyc.org/pdf/3334/333427357008.pdf>.
- Contreras, Y., Miranda, O. y Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71-85. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e492.pdf>.
- COPOLAD (2019). Informe sobre la situación del consumo de drogas en México 2019. Comisión Nacional contra las Adicciones. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe\\_sobre\\_la\\_situacio\\_n\\_de\\_las\\_drogas\\_en\\_](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacio_n_de_las_drogas_en_)

Me\_xico\_.pdf?utm\_source=Drom%C3%B3manos+Newsletter&utm\_campaign=5810baa060-EMAIL\_CAMPAIGN\_2020\_05\_07\_08\_13\_COPY\_01&utm\_medium=email&utm\_term=0\_1754eeb135-5810baa060-53096605.

- Córdoba-Paz, E., Betancourth-Zambrano, S. y Tacán-Bastidas, L. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. *Psicogente*, 20(38), 308-319. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2552>.
- Córdova, A. y García, V. (2011). Efecto de los trastornos del afecto y la relación con sus padres en la severidad y el consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(2), 7-23. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v3n2/v3n2a2.pdf>.
- Coullaut-Valera, R., Arbaiza-Díaz, I., Arrúe-Ruibloda, R., Coullaut-Valera, J. y Bajo-Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 168-173. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/71/ESP/13-71-ESP-168-173-776266.pdf>.
- Cruz-Ramírez, V., Gómez-Restrepo, C. y Rincón, C. (2018). Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. *Health & Addictions*, 18(1), 97-106. <http://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.363>.
- Curran, H., Freeman, T., Mokrysz, C., Lewis, D., Morgan, C. y Parsons, L. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(5), 293-306. <http://doi.org/10.1038/nrn.2016.28>.
- DANE (2020). *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA)*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>.
- Edlund, M., Forman-Hoffman, V., Winder, C., Heller, D., Kroutil, L., Lipari, R. y Colpe, L. (2015). Opioid abuse and depression in adolescents: results from the National Survey on Drug Use and Health. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 131-138. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.010>.
- Estévez, E. y Emler, N. (2011). Assessing the links among adolescent and youth offending, antisocial behaviour, victimization, drug use and gender. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 269-289 <https://www.uv.es/lisis/estevez/12-7IJCHP.pdf>.
- Flores-Garza, P., López-García, K., Guzmán-Facundo, F., Rodríguez-Aguilar, L. y Jiménez-Padilla, B. (2019). Consumo de alcohol y su relación con la agresividad en adolescentes de secundaria. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(1), 31-38. <https://doi.org/10.28931/riiad.2019.1.05>.
- Gaona, J., Bohórquez, A., Gómez, P., Ramírez, Y., Barrientos, G., Peñaloza, L. y Guecha, E. (2012). Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar,

[22] Jorge Alexander Ríos-Flórez, Jey Sebastián Jiménez-Tabares, Brandon Steven Marín-Moreno, Andrea Salomé Chalarca-Marulanda

consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. *Ciencia y Cuidado*, 9(2), 36-42. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/337/358>.

García, Á., García, J. y Marzo, J. (2012). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol. *Información Psicológica*, (104), 100-111. [https://www.researchgate.net/publication/234128735\\_La\\_relevancia\\_de\\_la\\_inteligencia\\_emocional\\_en\\_la\\_prevenccion\\_del\\_consumo\\_de\\_alcohol](https://www.researchgate.net/publication/234128735_La_relevancia_de_la_inteligencia_emocional_en_la_prevenccion_del_consumo_de_alcohol).

García, V. (2019). *Consumo de sustancias psicoactivas asociado al desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicológicas* [tesis doctoral, Universidad de Córdoba].

Gobierno Nacional de la República de Colombia (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013*. Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social. [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf).

Gómez, D., Gutiérrez, M. y Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychol. Av. Discip.*, 7(1), 45-51. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a05.pdf>.

González-González, A., Juárez García, F., Solís Torres, C., González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A., Medina-Mora, M. E. y Fernández-Varela, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51-55. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a8.pdf>.

González-Forteza, C., Juárez, C., Montejo, L., Oseguera, G., Wagner, F. y Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 29-34. <http://doi:10.15174/au.2015.862>.

Gottfredson, M. y Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. Stanford University Press.

Hasking, P., Scheier, L. y Abdallah, A. (2011). The three latent antisocial classes of adolescent delinquency and the risk factors for membership in each class. *Aggressive Behaviour*, 37, 19-35. [https://www.researchgate.net/publication/47337912\\_The\\_Three\\_Latent\\_Classes\\_of\\_Adolescent\\_Delinquency\\_and\\_the\\_Risk\\_Factors\\_for\\_Membership\\_in\\_Each\\_Class](https://www.researchgate.net/publication/47337912_The_Three_Latent_Classes_of_Adolescent_Delinquency_and_the_Risk_Factors_for_Membership_in_Each_Class).

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Editores.

- Hogarth, L., Balleine, B., Corbit, L. y Killcross, S. (2013). Associative learning mechanisms underpinning the transition from recreational drug use to addiction. *Ann N Y Acad Sci*, 1282(1), 12-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23126270/>.
- Infodrogas (2013). *Qué son las drogas*. <https://www.infodrogas.org/drogas?showall=1#:~:text=Dejando%20a%20un%20lado%20el,%2C%20Estimulantes%20y%20Alucin%C3%B3genas%2F%20Psicod%C3%A9licas>.
- JIFE (2019). Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2019. Naciones Unidas. [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual\\_Report/Spanish\\_ebook\\_AR2019.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/Spanish_ebook_AR2019.pdf).
- León-Regal, M., González-Otero, L., León-Valdés, A., de-Armas-García, J., Urquiza-Hurtado, A. y Rodríguez-Caña, G. (2014). Bases neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Revista Finlay*, 4(1), 40-53. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/253>.
- Levin, L. (2011). La construcción de la adicción como problema de conocimiento neurobiológico y las perspectivas de tratamientos. Una crítica al modelo médico hegemónico. *Redes*, 17(32), 95-132. <https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/364/04-R2011v17n32.pdf?sequence=1>.
- Ley 1090 del 2006. (2006). *Código Deontológico y Bioético del Psicólogo*. Congreso de la República, Colombia.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25-33. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539004.pdf>.
- Maldonado-Avenidaño, N., Castro-Osorio, R., Cardona-Gómez, P. (2021). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1; [en prensa]. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.007>.
- Merchán-Clavellino, A., Romero-Moreno, A. y Alameda-Bailén, J. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas, inteligencia emocional y rendimiento académico en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Española de Drogo Dependencias*, 42(4), 1855-1876. <https://doi.org/10.21723/riaee.v15i4.12670>.
- Michelini, Y., Acuña, I. y Godoy, J. (2016). Emociones, toma de decisiones y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Suma Psicológica*, 23, 42-50. <http://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.01.001>.

[24] Jorge Alexander Ríos-Flórez, Jey Sebastián Jiménez-Tabares, Brandon Steven Marín-Moreno, Andrea Salomé Chalarca-Marulanda

Ministerio de Salud de Colombia (2003). *Resolución N.º 8430 de 1993*. Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud.

MINSALUD (octubre de 2016). *Abecé de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>.

Moral, M., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L. y Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*, 15, 27. <http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2011/03/Depresion-y-adiccion.pdf>.

Navia-Bueno, M., Farah-Bravo, J., Yaksic-Feraudy, N., Philco-Lima, P. y Magosso, A. (2011). Conocimiento sobre el fenómeno de las drogas entre estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, (19), 722-729. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2814/281421968023>.

ODC (2016). *Sustancias psicoactivas*. <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>.

ODC (2017). Reporte de drogas Colombia de 2017. Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia (ODC). [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte\\_drogas\\_colombia\\_2017.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf).

OEА (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Organización de los Estados Americanos. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/Informe\\_sobre\\_el\\_consumo\\_de\\_drogas\\_en\\_las\\_Am%C3%A9ricas\\_2019.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/Informe_sobre_el_consumo_de_drogas_en_las_Am%C3%A9ricas_2019.pdf).

Oliveira, M., Kessler, F., Pechansky, F., Pinto, C. y Possa, K. (2017). Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso. En Supera (Ed.). *Efeitos das substâncias psicoativas* (pp. 13-27). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/198411/001097859.pdf?sequence=1>.

OMS (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf).

Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Pearson Educación.

Ríos-Flórez, J., Escudero-Corrales, C., López-Gutiérrez, C., Estrada, C., Montes, J. y Muñoz-Giraldo, A. (2019). Autopercepción del estado de ánimo y presencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 11(1), 61-92. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v11n1a03>.



- Ríos-Flórez, J. A., Jiménez-Tabares, J. S. y Patiño-Rojas, M. A. (2021). Autopercepción del estado de ánimo y sintomatología de ansiedad y depresión en consumidores de cannabis. *Revista de Neuropsiquiatría, Neuropsicología y Neurociencias*, 21(3), 63-91. <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/170>.
- Romero-Ayuso, D., Mayoral-Gontán, Y. y Triviño-Juárez, J. (2016). Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína. *Actas Esp Psiquiatr*, 44(2), 72-78. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/18/100/ESP/18-100-ESP-72-8-699330.pdf>.
- Ruiz, A., Hernández, M., Mayrén, P., y Vargas, M. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-119. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n1/a10v20n1.pdf>.
- Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J., Castillo, R., Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2010). *Los adolescentes malagueños ante las drogas: la influencia de la inteligencia emocional*. Tea Ediciones.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48. <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>.
- SEDRONAR (2017). Estudio Nacional Informe de Resultados N.º 1 en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR. <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>.
- Simón-Saiz, M., Fuentes-Chacón, R., Garrido-Abejar, M., Serrano-Parra, M., Díaz, M. y Yubero, S. (2019). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. *Factores protectores. Medicina de Familia*, 46(1), 33-40. <http://doi:10.1016/j.semerg.2019.06.001>.
- Tirado, A., Álvarez, M., Velásquez, J., Gómez, L., Ramírez, C. y Vargas, A. (2012). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2012, 30(1), 38-44. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a05.pdf>.
- Torres, J., Vallejo, V. y Villada, J. (2015). Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en estudiantes de la seccional Oriente de la Universidad de Antioquia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 97-108. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/25266/20876>.
- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de Neurología*, 54(12), 750-760. <https://doi.org/10.33588/rn.5412.2011427>.

[26] Jorge Alexander Ríos-Flórez, Jey Sebastián Jiménez-Tabares, Brandon Steven Marín-Moreno, Andrea Salomé Chalarca-Marulanda

Uhl, G., Koob, G. y Cable, J. (2019). The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 5-28. <https://doi.org/10.1111/nyas.13989>.

UNODC (2015). *Problemática de las drogas. Prevención del uso indebido de drogas*. Cuatro Hnos.

UNODC (2022). Resumen ejecutivo world drug report. Naciones Unidas. [https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022\\_booklet-1.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022_booklet-1.html).

Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, A. y Díaz, G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 168-183. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>.

Velásquez-Martínez, M. y Ortiz, J. (2014). Abuso de drogas: generalidades neurobiológicas y terapéuticas. *Actualidades en Psicología*, 28(117), 21-25. <https://www.redalyc.org/pdf/1332/133232675005.pdf>.

VESPA (2020). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica del abuso de sustancias psicoactivas*. <http://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/asis/SISTEMA%20DE%20VIGILANCIA%20EPIDEMIOLOGICA%20DEL%20ABUSO%20DE%20SUSTANCIAS%20PSICOACTIVAS%20DICIEMBRE%202019.pdf>.

Vilugrón, F., Hidalgo-Rasmussen, C., Molina, G., Gras, M. y Font-Mayolas, S. (2017). Uso de sustancias psicoactivas y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados. *Rev Med Chil*, 145(12), 1525-1534. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n12/0034-9887-rmc-145-12-1525.pdf>.

Volkow, N. y Morales, M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4), 712-725. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>.

World Medical Association [WMA] (2015). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Declaración adaptada por el secretario de la WMA, tras emitirla en la 64.<sup>a</sup> Asamblea General (octubre de 2013). Fortaleza, Brasil.

---

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

## Tablas suplementarias

### Tabla suplementaria 1

*Frecuencias\* del nivel de escolaridad*

<b>Criterio</b>	<b>SPA</b>	<b>No SPA</b>
Lee y escribe sin escolaridad	0.0	0.1
Primaria completa	0.1	0.2
Bachiller	10.4	10.7
Técnico	5.1	6.7
Tecnólogo	5.0	6.9
Profesional	58.8	54.8
Especialista	10.0	11.2
Maestro	10.1	8.5
Doctor	0.4	0.8
Total	100	100

\*: en porcentaje.

### Tabla suplementaria 2

*Frecuencias\* de los agresores en el hogar*

<b>Criterio</b>	<b>SPA</b>	<b>No SPA</b>
Padre	1.9	1.4
Madre	2.9	2.2
Hermanos	2.0	0.6
Tíos	1.7	1.2
Esposo	0.6	0.3
Esposa	0.3	0.4
Vecinos	0.1	0.1
Padrastra / madrastra	0.4	0.8
Otro	0.1	0.5
Padre y madre	0.6	2.1
Varios familiares	3.7	2.4
No aplica	85.6	88.2
Total	100	100

\*: en porcentaje.

### Tabla suplementaria 3

*Frecuencias\* de ¿en caso de fumar logra usted relajarse al hacerlo?*

Criterio	SPA	No SPA
Nada	4.1	1.8
Muy poco	8.6	2.1
Regular	12.8	5.0
Mucho	9.8	2.4
Demasiado	0.9	0.2
No aplica	63.8	88.6
Total	100	100

\*: en porcentaje.

### Tabla suplementaria 4

*Frecuencias\* de ¿en caso de consumir alcohol con qué frecuencia lo hace?*

Criterio	SPA	No SPA
Muy poco	48.9	58.2
Regular	28.7	12.6
Mucho	5.8	1.1
Demasiado	0.9	0.2
Solo socialmente	12.7	14.9
No aplica	3.0	13.0
Total	100	100

\*: en porcentaje.

### Tabla suplementaria 5

*Frecuencias\* de cuando consume alcohol, lo hace usualmente*

Criterio	SPA	No SPA
Solo	4.9	3.6
Acompañado de amigos	79.6	56.6
Acompañado de familiares	10.8	23.3
Con compañeros de trabajo	0.6	1.3
No aplica	4.1	15.2
Total	100	100

\*: en porcentaje.

### Tabla suplementaria 6

*Frecuencias\* de ¿ha tenido ideas suicidas en los últimos tres meses?*

<b>Criterio</b>	<b>SPA</b>	<b>No SPA</b>
Nunca	67.3	78.7
A veces	24.5	17.3
Frecuentemente	6.4	3.0
Todo el tiempo	1.7	1.0
Total	100	100

\*: en porcentaje.

### Tabla suplementaria 7

*Frecuencias\* de ¿tuvo ideas suicidas en algún momento de su vida? (diferente a los últimos tres meses)*

<b>Criterio</b>	<b>SPA</b>	<b>No SPA</b>
Nunca	34.4	50.5
A veces	49.8	41.5
Frecuentemente	13.0	7.2
Todo el tiempo	2.9	0.8
Total	100	100

\*: en porcentaje.

### Tabla suplementaria 8

*Frecuencias\* de ¿intentó suicidarse en algún momento de su vida? (diferente a los últimos tres meses)*

<b>Criterio</b>	<b>SPA</b>	<b>No SPA</b>
Nunca	70.2	79.8
Una vez	19.5	13.6
Dos veces	5.3	3.7
Tres veces	2.7	1.6
Cuatro veces o más	2.3	1.2
Total	100	100

\*: en porcentaje.