

**DIFERENCIA DE TONO HEDÓNICO ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE DROGAS DE ABUSO**

**LAURA GARCÉS ORTIZ**



**Universidad Pontificia Bolivariana**

**Escuela de ciencias sociales**

**Facultad de psicología**

**Bucaramanga**

**2020**

**DIFERENCIA DE TONO HEDÓNICO ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES DE DROGAS DE ABUSO**

**LAURA GARCÉS ORTIZ**

**Trabajo de grado para optar título de psicóloga**

**Directora**

**PhD. SILVIA BOTELHO DE OLIVEIRA**



**Universidad Pontificia Bolivariana**

**Escuela de ciencias sociales**

**Facultad de psicología**

**Bucaramanga**

**2020**

Nota de aceptación

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

---

Jurado 1

---

---

Jurado 2

---

---

Fecha \_\_\_\_\_

## Agradecimientos

Inicialmente agradezco a Dios por las bendiciones y oportunidades brindadas a través de mis padres, quienes con mucho esfuerzo, amor, dedicación y sacrificios me criaron y enseñaron a ser quien soy hoy en día. Quiero agradecer a mi hermana que siempre ha sido para mí un ejemplo en el proceso académico, en especial por el apoyo brindado cuando me mudé a Bucaramanga para iniciar el pregrado que actualmente estoy culminando.

A la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga por permitirme crecer a nivel académico y profesional, agradezco enormemente los espacios brindados, a los profesores que tomaron su tiempo y conocimiento para enseñarme, en especial agradecimiento a la Dra. Silvia Botelho, que fue un referente importante en mis primeras practicas investigativas, y fue por ello que decidí optar por realizar esta investigación; le agradezco por su paciencia, por cada corrección y explicación que me brindó.

A mis compañeras y amigas durante la carrera, les agradezco por acompañarme desde el primer día de clases (un 13 enero del 2015), estuvieron siempre animándome en los gratos y no tan gratos momentos, gracias a ello es que poco a poco se fueron forjando lazos de hermandad.

Agradezco al coro polifónico de la UPB, mi otra familia, con la cual pude explorar y hacer crecer más el talento y amor por el canto y la música, de ustedes aprendí más sobre la disciplina, el compromiso y el trabajo en equipo.

Por último, quiero agradecer a esa persona que me acompañó en mis últimos semestres, siempre tuvo un espacio para escucharme en los momentos de estrés y tensión, y que me dio su cariño y amor en cada paso que tomé.

## Tabla de contenido

Resumen general de trabajo de grado .....	8
General summary of work of grade .....	9
Introducción .....	10
Justificación .....	13
Planteamiento del problema.....	17
Hipótesis .....	22
Objetivos.....	23
Objetivo general .....	23
Objetivos específicos.....	23
Marco teórico .....	24
Método .....	35
Diseño.....	35
Participantes .....	35
Criterios de inclusión .....	36
Criterios de exclusión.....	36
Proceso de selección de la muestra .....	36
Consideraciones éticas .....	37
Instrumentos .....	37
Cuestionario sociodemográfico . .....	37
The Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) .....	37
Anticipatory and consummatory interpersonal pleasure scale (ACIPS) .....	38
La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) .....	39
Procedimiento.....	40
Fase 1.....	40
Fase 2.....	40
Fase 3.....	41
Fase 4.....	41

Análisis estadístico.....	41
Resultados .....	42
Caracterización de la muestra .....	42
Datos sociodemográficos.....	42
Caracterización del consumo de drogas de la muestra .....	42
Perfil anhedónico.....	44
Discusión.....	48
Conclusión .....	56
Recomendaciones .....	57
Impacto de los resultados para la Psicología .....	57
Referencias.....	58
Anexos .....	77

### Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.....	87
Tabla 2. Consumo de drogas de abuso ilícitas a lo largo de la vida .....	42
Figura 1. Consumo de drogas de abuso según el tipo de droga.....	43
Tabla 3. Niveles de riesgo según el tipo de droga de abuso .....	44
Tabla 4. Puntaje anhedónico de las pruebas SHAPS y ACIPS en consumidores y no consumidores de drogas ilícitas .....	44
Tabla 5. Comparaciones entre los puntajes en la escala SHAPS y ACIPS de consumidores y no consumidores de drogas ilícitas. ....	88
Tabla 6. Comparación entre los puntajes de SH-ES y ACIPS con dos tipos de droga ilícita .....	89

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

<b>TITULO:</b>	Diferencia de tono hedónico entre estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso
<b>AUTOR(ES):</b>	Laura Garcés Ortiz
<b>PROGRAMA:</b>	Facultad de Psicología
<b>DIRECTOR(A):</b>	Silvia Botelho de Oliveira

### RESUMEN

La anhedonia es un síntoma cardinal del trastorno de depresión mayor, caracterizada por la pérdida de la habilidad para sentir placer. El consumo de drogas en jóvenes universitarios se ha relacionado con factores biopsicosociales que median la aparición de sintomatología depresiva, en la cual el tono hedónico influye significativamente en el inicio, dependencia y desarrollo de conductas adictivas. Objetivo general: comparar el tono hedónico de estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso. Metodología: se evaluó una muestra de 46 estudiantes universitarios de Bucaramanga y su área metropolitana; se informó el motivo del estudio, se firmó el consentimiento informado y se aplicó los instrumentos SHAPS, ACIPS Y ASSIST. Resultados: el 52% de los estudiantes consumen o han consumido algún tipo de droga a lo largo de la vida, cuya droga más consumida fue cannabis con un 46%, siendo esta identificada como la de mayor riesgo a la salud por consumo. De manera general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó tono hedónico y anhedonia social en consumidores y no consumidores, sin embargo, según el tipo de droga, los estudiantes no consumidores de cannabis presentaron un menor tono hedónico en el dominio de las experiencias sensoriales, así mismo los no consumidores de alucinógenos presentaron mayor anhedonia social en el dominio interacción social íntima; por el contrario, los estudiantes consumidores de cocaína presentaron mayor anhedonia social en la puntuación del ACIPS y en sus dominios de vinculación social e interacción social, así mismo en la comparación de estos dos últimos dominios con opiáceos, se encontró que los consumidores presentaron mayor anhedonia social. Conclusiones: no existe diferenciación en el tono hedónico de consumidores y no consumidores de drogas de manera general, sin embargo, el tono hedónico y la anhedonia social varió según el tipo de droga consumida.

### PALABRAS CLAVE:

Tono hedónico, anhedonia, drogas de abuso, consumo de drogas.

### Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Difference in hedonic tone between drug-using and non-drug-using college students

**AUTHOR(S):** Laura Garcés Ortiz

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Silvia Botelho de Oliveira

**ABSTRACT**

Anhedonia is a cardinal symptom of major depression disorder, characterized by the loss of the ability to feel pleasure. Drug use in young college students has been associated with biopsychosocial factors that mediate the emergence of depressive symptoms, in which the hedonic tone significantly influences the initiation, dependence and development of addictive behaviors. General objective: compare the hedonic tone of drug-using and non-drug-using college students. Methodology: a sample of 46 university students from Bucaramanga and its metropolitan area was evaluated; the reason for the study was reported, the informed consent was signed and the SHAPS, ACIPS and ASSIST instruments were applied. Results: 52% of the students consume or have consumed some type of drug throughout their lives. The most consumed drug was cannabis with 46%, which was identified as the drug with the highest risk to health due to its consumption. In a general way, no statistically significant differences were found when comparing hedonic tone and social anhedonia in consumers and nonconsumers, however, according to the type of drug, students who did not consume cannabis presented a lower hedonic tone in the domain of sensorial experiences, likewise nonconsumers of hallucinogens presented higher social anhedonia in the domain of intimate social interaction; On the contrary, cocaine consuming students presented higher social anhedonia in the ACIPS score and in their domains of social bonding and social interaction, as well as in the comparison of these last two domains with opiates, it was found that users presented higher social anhedonia. Conclusions: There is no differentiation in the hedonic tone of drug users and non-drug users in general, however, the hedonic tone and social anhedonia varied according to the type of drug consumed.

**KEYWORDS:**

Hedonic tone, anhedonia, drugs of abuse, drug use.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## Introducción

En la actualidad, el consumo de drogas de abuso en los jóvenes universitarios es cada vez más alarmante debido a las problemáticas vinculadas con la adaptación, como la adquisición de nuevas responsabilidades, la generación de nuevas relaciones interpersonales, el rechazo, la discriminación y *bullying*. Dentro de estas problemáticas es posible encontrar que la persona busque estrategias de afrontamiento poco saludables, como el consumo de drogas de abuso, que, si bien en una primera instancia puede ser utilizado para experimentar los efectos temporales sobre los niveles de percepción y conciencia, estado de ánimo y comportamiento, en un dado momento podría dar apertura a un consumo mucho mayor y prolongado, causando en el organismo cambios permanentes. Así mismo, el uso crónico de drogas de abuso causa daños en la salud de ciertos órganos y pueden favorecer la aparición de enfermedades físicas y/o psiquiátricas, generar daño en las relaciones interpersonales, pérdida del trabajo y daño en las relaciones familiares, entre otras.

En la literatura se han encontrado investigaciones que reportan la aparición de trastornos como la ansiedad y la depresión en la adolescencia, cuyas causas se deben a aspectos genéticos, cambios e irregularidades hormonales, presencia psicopatológica previa y/o factores ambientales. En este contexto, un síntoma común en varios trastornos neuropsiquiátricos es la anhedonia, la cual se define como la pérdida de la habilidad para experimentar placer, y que suele ser evaluada a través de cuatro dominios, intereses/pasatiempos, interacción social, experiencia sensorial y, comidas y bebidas. Como consecuencia de la pérdida de la habilidad para sentir placer, la persona puede recurrir a comportamientos compensatorios que satisfagan la necesidad de sentir placer, y que en ocasiones pueden resultar riesgosos para la salud, como es el caso del consumo de drogas de abuso.

Considerando que el consumo de drogas podría ser utilizado como una estrategia de afrontamiento cognitivo utilizada por los jóvenes para la de resolución de problemas y encaminadas a eliminar el estrés; y que, por otro lado, podría ser una estrategia para satisfacer la baja habilidad de sentir placer o anhedonia que generalmente se asocia a trastornos de ansiedad y depresión, en el presente estudio se comparó el grado de habilidad para sentir placer (tono hedónico) en universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso.

Para esto se estudió una muestra de 46 estudiantes universitarios de Bucaramanga y su área metropolitana, en edades entre 18 y 26 años, los cuales fueron evaluados inicialmente con una ficha sociodemográfica para determinar si cumplían o no con los criterios de inclusión, posteriormente se aplicaron dos instrumentos diferentes y complementarios para medir el tono hedónico: The Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS, Fresán & Berlanga, 2013) y the *Anticipatory and consummatory interpersonal pleasure scale* (ACIPS, Gooding, Fonseca, Pérez, Ortuño & Paino, 2016), que evalúa la anhedonia social; por último, se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, World Health Organization, 2010), el cual explora el consumo de drogas de abuso. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y todo el procedimiento fue realizado siguiendo los lineamientos éticos de investigación con humanos.

De manera general, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de tono hedónico de consumidores y no consumidores de drogas de abuso (ilícitas). No obstante, cuando se comparó específicamente el grado de habilidad para sentir placer en el consumo de drogas específicas, se encontró que el grado de habilidad para sentir placer en experiencia sensorial con la escala SHAPS de los estudiantes no consumidores de cannabis fue menor que el de los estudiantes consumidores. Adicionalmente, cuando se comparó anhedonia

social con el instrumento ACIPS, se encontró que los estudiantes consumidores de cocaína presentan mayor puntaje en anhedonia social que los estudiantes no consumidores.

Los resultados fueron discutidos a la luz de las diferencias de tono hedónico dependiendo del tipo de droga consumida, los cuales podrán ser utilizados en la elaboración de planes de intervención, así como aporte al conocimiento sobre la neurobiología de la conducta de consumo de drogas de abuso.

## Justificación

El panorama mundial sobre el consumo de drogas es cada vez más alarmante como indica el Informe Mundial sobre las Drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2019, p. 9), puesto que desde el 2009 hasta el 2017 aumentó en un 30% el consumo de drogas en la población mundial en edades entre los 15 y 64 años, es decir que el 5,5% de la población mundial ha consumido algún tipo de droga; así mismo el Informe Mundial sobre las Drogas establece que la sustancia ilícita más consumida en el mundo es la marihuana, siendo Asia y América los continentes donde hay mayor prevalencia de consumo.

En un estudio realizado por Adeyemo, et al. (2016, p. 36), ponen en evidencia que en Nigeria el consumo de drogas inicia en etapas escolares entre la secundaria y la universidad, debido a que en los jóvenes se sienten atraídos por curiosidad y porque sienten presión de ser aceptados socialmente por pares, de igual forma se identificó que los hombres son más propensos a consumir SPA que las mujeres; por otra parte, en este estudio se determinó que de 800 estudiantes, el 43,9% a consumido en su vida alguna clase de sustancia, y el alcohol es la sustancia más consumida con un 58% de la muestra.

Otro estudio realizado en estudiantes de enfermería de una universidad de Perú, evidencia que la población masculina es la que mayormente consume drogas ilícitas, especialmente la marihuana con un 57% de la población; por otra parte, de la muestra total el 79,1% identificó que el consumo frecuente de alcohol representa un peligro para la salud, sin embargo la percepción de riesgo difiere en el sexo, debido a que las mujeres (el 78,5%) ven esta sustancia más riesgosa en comparación con la percepción que tienen los hombres (71,4%), la cual tiende a ser menos riesgosa (Urday, et al., 2019).

En contraste con los estudios anteriores, Gonzáles, et al. (2020, pp. 9-10), en una investigación realizada en México encontraron que los estudiantes mexicanos perciben el consumo de tabaco como una sustancia de mayor riesgo, debido a que de 2.581 estudiantes universitarios, 1.480 manifestaron que el tabaco es una sustancia que se asocia a la perturbación del nivel de bienestar psicológico; así mismo en este estudio se encontró que el consumo de drogas con relación a la percepción de bienestar no difiere en el sexo.

Históricamente, el narcotráfico en Colombia ha desencadenado en la población colombiana y, en especial en los jóvenes, una cultura de consumo de Sustancia Psicoactiva (SPA), como sostiene la Dirección Nacional de Estupefacientes (1997, citado en Gantiva, et al, 2012, p. 300), que, en un reporte de 1997, mostró que la edad de consumo era a partir de los 15 años. El panorama en la actualidad es cada vez más crítico puesto que actualmente se ha registrado que la iniciación del consumo ocurre en edades más tempranas (12 años), como informa el Observatorio Nacional de Drogas (2017); lo anterior debido a que las dinámicas sociales asociadas a la vulnerabilidad y riesgos para los jóvenes favorecen el acceso a las sustancias.

En un estudio comparativo de estudiantes de secundaria de Bogotá y Barcelona, se encontró que la edad de inicio de consumo de alcohol es en edades más tempranas en los estudiantes bogotanos ( $M=13,78$ ) que de estudiantes de Barcelona ( $M=14,61$ ), así mismo ambos grupos de estudiantes afirmaron que la sustancia con mayor facilidad de acceso y posible consumo es el alcohol (entre un 70 y 80% de probabilidad en Bogotá, y un 71 y 18% en Barcelona) (Trujillo, et al., 2007, pp. 183-184).

El Programa Presidencial para Afrontar el Consumo de Drogas (2001), en una investigación encontró que en Colombia el consumo de tabaco comienza a los 13,7 años en jóvenes entre los 10 y los 21 años y son los hombres quienes más lo consumen. Considerando que el

consumo de alcohol y de otras drogas durante la adolescencia puede alterar el desarrollo neurológico normal del cerebro, dicha acción podría tener un importante impacto a nivel psicológico y comportamental (Spear, 2002, parr. 18).

Coherente con lo anterior, el consumo en población joven ha llevado a la pérdida de miles de vidas dado los trastornos desencadenantes y las prácticas inadecuadas de consumo que han generado enfermedades como la hepatitis C y el VIH (OMS, 2015; citado en oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2018, p. 27).

Según estudios realizados en distintas universidades de Colombia, “es posible identificar que las SPA preferidas en esta población son la nicotina, el alcohol y la marihuana” (Barbieri, et al., 2012) (p. 79). Por otra parte, Córdoba, et al. (2016, pp. 314-316), resaltan que el consumo dependiente del sexo se da en un 17.4% en los hombres, dado que tienden a consumir más sustancias psicoactivas que las mujeres; de igual forma la edad es otra variable que influye significativamente en el consumo, en especial si se habla de la población estudiantil con edades entre los 21 y 25 años, puesto que son los más propensos a consumir drogas de abuso.

Diversas investigaciones arrojan distintos factores asociados al consumo de sustancias, entre los cuales se menciona, la baja autoestima, malas estrategias de afrontamiento y déficit en habilidades sociales entre las más comunes (Arévalo, et al., pp. 29-41, 2007).

Con base a estos estudios, el consumo de las sustancias psicoactivas es una problemática que actualmente se presenta mayormente en jóvenes, dado que con frecuencia las drogas de abuso son utilizadas como inhibidores de situaciones personales que afectan la calidad de vida de una persona; en este orden de ideas, Martí, et al., (1996, p. 478), en una investigación sobre el uso de

sustancias, concluyen que de los motivos argumentados por los jóvenes para explicar el consumo, se destacan la curiosidad, el placer que proporciona y la relajación.

En relación con lo anterior, la presente investigación se focaliza en la población universitaria puesto que, conforme se puede evidenciar en investigaciones citadas, es en esta etapa de formación donde se visualiza el inicio del consumo de drogas de abuso. En este sentido, en el departamento de Santander, la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, según el Ministerio de Educación Nacional, es en dónde hay mayor concentración de población universitaria (Ministerio de Educación Nacional, 2016).

Considerando que la pérdida de la habilidad para sentir placer (Anhedonia) podría ser una variable importante asociada al consumo de drogas de abuso y que el mismo podría estar regulado por el grado de habilidad para sentir placer o tono hedónico, con la presente investigación se pretendió comparar el tono hedónico de personas consumidoras y no consumidoras de drogas de abuso.



## Planteamiento del problema

Según el DSM-5, el Trastorno de Depresión Mayor (TDM) se caracteriza por la presencia de una serie de síntomas, de los cuales dos han sido catalogados como determinantes para dar cumplimiento al criterio diagnóstico, dichos síntomas son: un estado de ánimo deprimido y la disminución del interés para realizar actividades que antes resultaban placenteras (anhedonia), en la mayor parte del día (Cadena, et al., 2010, p. 37).

El interés por conocer el tono hedónico en el contexto del consumo de drogas psicoactivas se debe a que este se asocia a la anhedonia, un síntoma cardinal del trastorno de depresión mayor, la cual se define en el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. 160-161), como la pérdida de la habilidad para sentir placer. Der-Avakan y Markou (2012, citado en Gałuszko-Węgielnik, et al., 2019, p. 554), exponen que la anhedonia está caracterizada por la disminución subjetiva del placer con relación al disfrute y la motivación para realizar actividades cotidianas, así como la anticipación del placer. Además de presentarse o ser comórbida con trastornos neuropsiquiátricos como el Parkinson (DSM-5; Miura, et al., 2012), la esquizofrenia (DSM-5; van Nimwegen, et al., 2005), el estrés postraumático (DSM-5; Kashdan et al. 2006). Esta baja habilidad de sentir placer sería satisfecha a través de conductas compensatorias que en ocasiones pueden resultar riesgosas para la salud, como es el caso del consumo de drogas de abuso (Becoña, 2000, p. 27). Efectivamente, la anhedonia es uno de los síntomas del trastorno por consumo de sustancias tal como se evidencia en el DSM-5 y en diferentes otros estudios (Destoop, et al., 2019; Guzmán, et al., 2011).

En la actualidad, diferentes estudios se han dedicado a investigar el síntoma anhedónico en el contexto de los diferentes trastornos con el fin de comprender el papel que cumple en cada uno

de ellos, y a su vez, entender su relación neurobiológica con el sistema compensatorio del individuo y de qué forma es posible tratarlo en función de sus necesidades (Pérez, 2014).

Desde el punto de vista neurobiológico, el uso habitual o regulado de sustancias y la adicción a estas, puede generar en el sistema nervioso cambios neuroquímicos frecuentemente asociados a una irregularidad en el sistema de estrés cerebral, el cual genera un refuerzo negativo en la persona, impulsándola a hacer uso continuo de las mismas (Gałaszko-Węgielnik, et al., 2019, pp. 555-556; Méndez, et al., 2010, pp. 453-454). A favor de lo anterior, en una investigación realizada por Ruiz, et al. (2010, p. 540), se encontró que cuando la homeóstasis del cerebro (es decir, el funcionamiento neuroquímico) se ve afectada por la entrada de una o varias sustancias psicoactivas en el organismo, los mecanismos que regulan la sensación de placer (área tegmental ventral, núcleo accumbens, amígdala, hipotálamo, corteza prefrontal, entre otros), pueden llegar a generar un nuevo balance por medio de la modificación de la captación de neurotransmisores, por lo cual, esto ocasiona que en el individuo surja una asociación de la sensación placentera con el uso, dependencia y/o desarrollo de adicción a las drogas.

En una revisión bibliográfica realizada por González, et al. (2015, pp. 558-565), encontraron que el consumo de cocaína incrementa los niveles de noradrenalina y dopamina (neurotransmisor que influye en el sistema de recompensa) por bloquear la recaptación de serotonina presináptica, motivo por el cual se genera estados de euforia y una experiencia placentera; así mismo estos autores explican que cuando la cantidad consumida de cocaína no produce el mismo estado de placer (es decir, que tiene un bajo tono hedónico o anhedonia), la persona tenderá a aumentar las dosis progresivamente, de manera que a largo plazo desarrollará la dependencia a la droga. De especial importancia para el presente estudio es que, tal como lo mencionan estos autores, la dopamina es la principal involucrada en los mecanismos de adicción.

Esto explicaría que una persona anhedónica buscara compensar su dificultad para sentir placer, consumiendo no solo la cocaína sino otras drogas que igualmente incrementan los niveles de dopamina.

En una investigación de caso realizada por Gonzales et al. (2020), se encontró que en la actualidad el consumo de drogas sintéticas es cada vez mayor, en especial aquellas que producen efectos similares al cannabis como: relajación, euforia/disforia, relajación muscular, estimulación del apetito, entre otros, que si bien produce un placer momentáneo en el organismo y dependiendo de la cantidad que se ingiera puede ser adictiva y perjudicial para la salud, debido a que sus efectos pueden desencadenar brotes psicóticos, hipertensión, taquicardia, convulsiones, fallo renal e infarto cardiaco.

Gavioli et al. (2020), en un estudio con pacientes psiquiátricos por drogadicción en Brasil, encontraron que la probabilidad de desarrollar trastornos mentales relacionados a la conducta de consumo (como la depresión, en la cual esta presenta la sintomatología anhedónica, y la ansiedad) es elevada cuando la experimentación con drogas se hace en edades tempranas (entre los 12 y 18 años), cuando existe la predisposición genética, cuando la persona se encuentra en un contexto vulnerable (con fácil acceso a sustancias psicoactivas, con pares o grupos de apoyo consumidores) y ha sufrido de maltrato físico y sexual.

De igual modo, una investigación realizada a mujeres recluidas en Murcia determinó que la presencia de síntomas depresivos (anhedonia o bajo tono hedónico), ansiosos y de estrés en la muestra de mujeres recluidas, supone una estrecha relación con el consumo de sustancias debido a que los efectos de las drogas mitigan momentáneamente la sintomatología de los trastornos antes descritos; así mismo, la investigación arrojó que el uso de drogas de abuso en este contexto, se

emplea con el objetivo de sobrellevar la situación de reclusión penitenciaria (Caravaca y García, 2019).

Finalmente, según Fernández et al. (2018) la acción de consumir drogas ilícitas supone en las personas el riesgo de desarrollar adicción, y esto se debe a que cada vez será insuficiente la cantidad de droga que se ingiere para satisfacer la necesidad de sentir placer, esto último como consecuencia de la sintomatología anhedónica debido al desbalance dopaminérgico que genera la sustancia en el sistema de recompensa del individuo. En este sentido, los autores comentan que a medida que se va agravando esta conducta de consumo, también se afecta la salud, lo que hace que la probabilidad de muerte por sobredosis sea cada vez mayor.

Considerando que los jóvenes universitarios se ven influenciados por factores biopsicosociales, como la baja autoestima, la presencia de sintomatología de depresión (en especial atención la anhedonia) y ansiedad, la dificultad para entablar relaciones sociales, disfuncionalidad familiar, escasas estrategias de afrontamiento y el bajo autocontrol, Arévalo et al. (2006), exponen que dichos factores pueden mediar directa e indirectamente el consumo, dependencia y el abuso de drogas. Marín y Calderón (2018), explican de igual modo que el consumo de drogas en jóvenes seguirá aumentando en la medida en la que el contexto social, las redes de apoyo y/o pares, y el fácil acceso a sustancias, sigan presentes. Así mismo, Vega y Alvarado (2019), sostienen que el consumo de sustancias puede generar del mismo modo dificultades en la persona a nivel social, familiar, académico e interpersonal, convirtiendo de esta forma la carencia de la habilidad para sentir placer y el abuso de drogas, dos variables que se correlacionan y afectan en mayor medida las dimensiones del ser humano.

Con base en lo anterior y considerando que la pérdida de la habilidad para sentir placer o anhedonia, podría ser un síntoma predictor de la conducta de consumo de drogas de abuso y que,

dependiendo del tono hedónico, el consumo de drogas podría llegar a ser más o menos frecuente (Vega & Alvarado, 2019), en el presente estudio se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe diferencia de tono hedónico entre estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso?

### **Hipótesis**

Si el tono hedónico está asociado a conductas compensatorias para satisfacer la necesidad para sentir placer (Becoña, 2000), los jóvenes universitarios con un bajo tono hedónico o anhedonia podrían buscar la satisfacción por medio del consumo de drogas de abuso. En contraste con esto, Vega & Alvarado (2019), refieren que la conducta de consumo puede llegar a darse o no, dependiendo del grado de habilidad de la persona para experimentar placer. En este sentido se planteó:

H1: Los estudiantes universitarios consumidores de drogas de abuso poseen un menor tono hedónico que los no consumidores.

H0: Los estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso no difieren en tono hedónico.

Ha: Los estudiantes universitarios consumidores de drogas de abuso poseen un mayor tono hedónico que los no consumidores.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Comparar el tono hedónico de estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso.

### **Objetivos específicos**

Caracterizar el consumo de drogas de abuso en los estudiantes universitarios.

Determinar el tono hedónico en estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso.

Analizar diferencias de tono hedónico en consumidores y no consumidores de drogas de abuso.

## Marco teórico

El trastorno de depresión mayor (TDM) se caracteriza por presencia de dos síntomas cardinales para su diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5) que son estado de ánimo deprimido del individuo y la pérdida o disminución de la habilidad o interés de realizar actividades que antes solían ser placenteras. Así mismo este trastorno está acompañado de sintomatología psíquica como sentimientos de tristeza, baja autoestima (Shen, et al., 2019), desesperanza (Nalipay & Ku, 2019), inutilidad, culpa (Li, et al., 2019), pensamientos negativos (Philippi, et al., 2018), disminución de la memoria (Gonzales et al., 2007), de la libido (Marina, et al., 2013) y fisiológicas como alteraciones del apetito (Güngör, et al., 2020), insomnio (Nishitani et al. 2018), pérdida de energía, entre otros (DSM-5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El TDM se puede originar por factores genéticos y biopsicosociales que posteriormente afectan en gran medida la bioquímica y algunas áreas del cerebro, como es el caso de la corteza prefrontal, la cual está encargada del procesamiento de las funciones cognitivas (razonamiento, planeación y tomas de decisiones), y el área orbitofrontal, la cual está encargada de la experiencia emocional (regulación afectiva) (Cruzblanca et al., 2016), entre otras.

Tal como ya mencionado anteriormente y según el DSM-5, uno de los síntomas cardinales de la depresión es la anhedonia, término que Ribot (s.f, citado por Pérez, 2014) utilizó hace más de 100 años para referirse a la pérdida de la capacidad para experimentar placer.

En la actualidad se ha estudiado el término tono hedónico, el cual ha sido conceptualizado como el grado de habilidad para experimentar placer en diferentes dominios de la experiencia placentera como intereses/pasatiempos, la interacción social, la experiencia sensorial, y las comidas y bebidas (Snaith et al., 1995; Fresán & Berlanga, 2013), que según explica De Boer



(2014), son estados afectivos que involucran las habilidades de las personas para experimentar placer.

La anhedonia, así como el tono hedónico, juegan un papel importante en distintos trastornos mentales, y esto en parte se debe a que el tono hedónico se encuentra mediado por los sistemas de motivación y recompensa del individuo, los cuales están conformados por dos estructuras fundamentales que son el área tegmental ventral (ATV) y el núcleo accumbens (NAc), estructuras reguladas por otras partes del cerebro como la amígdala, el hipocampo, corteza prefrontal, hipotálamo lateral, entre otras (Koob & Volkow, 2010). El área tegmental ventral está conformada mayormente por células que se comunican con el sistema límbico y núcleo accumbens formando así el sistema mesolímbico dopaminérgico, el cual produce neurotransmisores como la dopamina (DA), la acetilcolina, el glutamato y el ácido aminobutírico (GABA) y comodulados por los endocannabinoides y las endorfinas los cuales son liberados ante la llegada de un estímulo placentero (Méndez, et al., 2010).

Razón et al. (2017), exponen que el funcionamiento y la regulación del sistema de motivación y recompensa del ser humano depende de los estímulos que este reciba, puesto que ante estímulos placenteros el individuo aprenderá, mantendrá las conductas compensatorias y se adaptará; así mismo, estos autores explican que este circuito del sistema compensatorio puede llegar a modificarse cuando por ejemplo, una sustancia como el alcohol es consumida frecuentemente, por lo cual esto puede llegar generar cambios neuroquímicos en el cerebro a través del aumento de los receptores que captan el neurotransmisor DA, lo cual suscita la activación del sistema opioide (encargado del dolor, motivación y liberación de endorfinas) y del sistema GABA (el cual regula la liberación de DA en el NAc), que combinados activan al sistema compensatorio,

y esto desencadena la liberación masiva de DA, la cual genera placer en el individuo y hace que este relacione el consumo de alcohol como una conducta compensatoria.

Méndez, et al. (2010), sostienen que cuando una persona consume drogas, estas funcionan en nuestro sistema como reforzadores, de manera que según el tipo de sustancia que se consuma, son afectados directamente a los receptores de determinados neurotransmisores; en este sentido, cuando hay un aumento en los receptores de neurotransmisores, el sistema del individuo activará su sistema de motivación y recompensa por su conducta de consumo.

Soria, et al. (2009), advierten que el proceso de consumo de drogas, percepción de sus efectos y gratificación, tienen una corta duración en el cerebro, debido a que hace que el sistema de recompensa mande información al hipotálamo para que los receptores de los neurotransmisores disminuyan. En este sentido Koob & Volkow (2010), ponen en evidencia que la persona al consumir una misma cantidad de droga no tendrá en su sistema de recompensa la misma gratificación, y esto se debe a que el cerebro cambia químicamente al no tener el mismo flujo de neurotransmisores; por consiguiente, el individuo requerirá una dosis más alta para poder sentir placer con los efectos de la sustancia que consuma.

Continuando con la idea anterior, Méndez et al (2017), explican que consumir drogas de forma frecuente y en cantidades cada vez más elevadas, puede llegar a generar la dependencia o la adicción a estas, de manera que si en algún momento el individuo decide abandonar la conducta de consumo, su organismo desarrollará la abstinencia, es decir, la reducción de la liberación de DA, lo que acarrearía en su estado anímico una reducción en la habilidad para sentir placer (anhedonia) en las distintas actividades que habitualmente desempeñe.

Si bien los individuos en general tienden a buscar permanentemente reforzadores de este sistema de motivacional placentero, que en gran medida son encontrados en la satisfacción de las necesidades básicas como comer, beber, entre otros (Mesurado, 2008), en muchas circunstancias se buscan reforzadores en estímulos con alto valor de recompensa como lo es el consumo de drogas que potencian o activan el sistema del placer. En este sentido, universalmente el uso de drogas de abuso ha sido una de las mayores problemáticas de salud pública en el mundo (Spalak y Grigoravicius, 2006; Cevallos y Alvarado, 2018; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020), y no diferente en Colombia (Observatorio de Drogas de Colombia, s.f.)

Teniendo en cuenta que las interacciones entre la genética y el ambiente son fundamentales para el desarrollo del ciclo vital humano (García & Vera, 2002) y que la juventud es un periodo de la vida del ser humano en el cual se da la transición de la adolescencia a la adultez joven, en esta etapa, ocurren una serie de cambios a nivel físico, biológico, psicológico y social (Borrás, 2014) que pueden tener un gran impacto en el desarrollo afectivo de los individuos y favorecer la búsqueda de situaciones placenteras más allá de la satisfacción de las necesidades básicas.

En Colombia el concepto de juventud inició con la proclamación de los derechos de los niños (artículo 44) y adolescentes (artículo 45) en la constitución política de 1991 (Corte Constitucional, 1991). Según la Organización de las Naciones Unidas (2012; citado por López, 2012), la juventud es una etapa que comprende un rango de edad entre los 10 a los 24 años, sin embargo, en la legislación de Colombia (artículo 3 de la ley 375 de 1997; Congreso de Colombia, 1997), la juventud se establece en el inicio de la adultez joven, la cual comprende las edades de los 18 a los 26 años; en este sentido, el individuo al estar en estas edades, se encuentra en la etapa del desarrollo de la identidad, la cual se da bajo las esferas de interacción social, como la familia, la iglesia, la escuela, la universidad, y demás entornos en los que se encuentre situado (Villa, 2011).

Además de lo anteriormente expuesto, es necesario resaltar igualmente que los jóvenes en Colombia con edades comprendidas de los 18 a los 26, se encuentran también iniciando o en transición de etapa académica escuela-universidad. Para muchos implica el proceso de selección de universidades o instituciones educativas de nivel superior, y esto supone un estresor para el individuo debido a la presión de mudarse a otra ciudad o región y a su vez escoger una carrera (UNESCO, IESALC, 2007; Salas et al., 2016).

Al respecto, De Besa, Gil y García (2018), explican que, en el contexto universitario, el estudiante debe asumir una serie de cambios y adaptaciones en su vida, lo que le representaría incertidumbre ante los nuevos retos del entorno desconocido, como lo son sus propias metas académicas, las cuales puede verse afectadas por el estrés, la insatisfacción y frustración de no cumplir con las expectativas que inicialmente se tenía. Por lo tanto, esto implicaría en el joven una inadecuada adaptación, que en ultimas podría llegar a traducirse en deserción escolar o en el uso de conductas compensatorias para aliviar la tensión que representa estudiar en una universidad.

Con relación a lo anterior, Cáceres et al. (2006), sostienen que los jóvenes al estar en la etapa de educación superior y a su vez en una serie de procesos como el adaptarse al nuevo entorno, la búsqueda de la identidad, de nuevas formas de interacción social, entre otros, pueden verse influenciado por factores psicosociales que median su desarrollo en términos de autoestima, comportamiento, cognición, habilidades sociales y espiritualidad.

Díaz et al.(2017), manifiestan que cuando la persona está expuesta a un contexto hostil, el impacto social, psicológico y emocional consecuente, puede conllevar a la presencia de alteraciones psicológicas (ansiedad y/o depresión), baja autoestima, dificultad para entablar relaciones interpersonales, disfunción familiar y escasas estrategias de afrontamiento. De acuerdo con esto, Meana, et al. (2012; Vega y Alvarado, 2019) mencionan que los jóvenes pueden llegar a

estar en riesgo y ser más vulnerables al fenómeno de consumo de drogas, debido a que la interacción de los factores biopsicosociales anteriormente descritos, pueden influir y/o favorecer el inicio del consumo y la dependencia o abuso de sustancias.

El consumo de drogas es un fenómeno a nivel mundial que año a año va en aumento y que, si bien se engloba en factores sociales, económicos y de salud (Salas et al., 2016). En los jóvenes, por ejemplo, ha sido y sigue siendo una de las mayores problemáticas a nivel de salud pública en Colombia, pues según el Informe Mundial de Drogas (2017, citado por Observatorio de Drogas de Colombia, 2017), “un cuarto de billón de personas, o el 5% de la población adulta, entre los 15 y los 65 años, consumió drogas” (p. 19). A su vez, informes del reporte de drogas en Colombia, muestra que el 38.7% de estudiantes universitarios alguna vez en la vida consumieron sustancias y un 22.4% de ellos consumieron SPA a lo largo del 2016 (Observatorio de Drogas de Colombia, 2017).

Coherente con lo anteriormente mencionado, según estudios realizados en instituciones de educación superior, Barbieri et al. (2012) afirman que la juventud es un periodo de la vida del hombre, en el cual hay mayor riesgo y apertura al uso, dependencia y desarrollo de adicción a drogas. Esto puede deberse en gran medida a los factores de riesgo en la comunidad, como la desorganización de ella y el fácil acceso a sustancias psicoactivas, disfuncionalidad familiar y pérdida de un ser querido, riesgo en el entorno académico-escolar por una mala adaptación al contexto universitario, por el bajo rendimiento académico y escaso compromiso o deserción escolar, el riesgo personal por ruptura de una relación sentimental, actitudes favorables al consumo, comportamientos problemáticos, recompensas frente a su comportamiento e interacción con iguales que consuman (López y Rodríguez, 2010).

López (2012), en una investigación relacionada al consumo de drogas, encontró que el alcohol es una sustancia de apertura debido a que este es generalmente usada por lo jóvenes para ser aceptados socialmente; de igual forma, este autor explica que al ser el alcohol una sustancia presente en todo tipo de entornos tiende a ser más accesible para los jóvenes, y se convierte en un “precalentamiento” para el consumo de SPA.

Ortega, et al. (2015), explican que existen distintos tipos de sustancias:

las depresoras (psicolépticas) son aquellas que disminuyen el ritmo de las funciones corporales, los estimulantes excitan la actividad psíquica y del sistema nervioso central, y los alucinógenos, alteran y distorsionan la percepción sensorial del individuo y su facultad cognitiva, lo que hace que se den alucinaciones (p. 15).

Los jóvenes al consumir sustancias psicoactivas por vía oral, nasal, intramuscular e intravenosa, no solamente pueden estar expuestos a desarrollar dependencia de la sustancia o sustancias que consuma, sino que también puede llegar a experimentar efectos nocivos en su salud tales como cambios temporales en la percepción, estado de ánimo y de conciencia, y a nivel comportamental; adicionalmente, el consumo prolongado a edades tempranas, supone una repercusión significativa, de manera que los cambios anteriormente mencionados pueden llegar a ser de carácter permanente (Ortega, et al., 2015).

Con base en todo lo anterior, se ha demostrado que la adolescencia y juventud (adulthood joven) están asociadas a la aparición de diferentes trastornos psiquiátricos como el de ansiedad y de depresión a causa de aspectos genéticos, de los cambios o irregularidades hormonales, de la presencia psicopatológica previa y/o factores ambientales (Sánchez, 2015).

La anhedonia es un síntoma frecuente en diferentes trastornos neuropsiquiátricos y está asociada a un empobrecimiento de la habilidad para experimentar placer como resultado de un desbalance dopaminérgico del sistema de recompensa en el individuo (Bressan & Crippa, 2005; Pérez, 2014). Coherentemente, este es uno de los síntomas importantes de algunas enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson, tal como fue revelado en una investigación donde se encontró que el 15% de la muestra presentaba sintomatología anhedónica. De igual modo se encontró que esta sintomatología se asoció con la presencia de otros trastornos como la ansiedad y depresión (Matsui, et al., 2013, p. 2526). Igualmente, Spalletta, et al. (2013), mostraron que en pacientes con la enfermedad de Parkinson y que a su vez presentaban trastorno de depresión mayor, tenían mayor sintomatología anhedónica en comparación con los pacientes con enfermedad de Parkinson que tenían trastorno depresivo menor.

Por otro lado, en un estudio donde se evaluaron pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos se identificó que el 72% de los pacientes del grupo que presentaban sintomatología anhedónica, en el pasado habían sufrido episodios de depresión mayor; así mismo el 53% de la misma reportó haber sufrido en el pasado otros trastornos, entre los cuales se destaca por mayor frecuencia (32%), el trastorno límite de la personalidad (Heininga, et al., 2019, p. 4).

La anhedonia también ha sido reportada en pacientes con trastorno de estrés postraumático. Recientemente, en una investigación realizada con estudiantes universitarios que habían experimentado un suceso traumático, se mostró una compleja relación entre grupos de síntomas de estrés postraumático y la capacidad para el suicidio, así como una compleja relación con la anhedonia (Spitzer, et al., 2018, p. 112).

De importancia para el presente estudio, el trastorno por consumo de sustancias es otro de los trastornos que está asociado a sintomatología anhedónica, debido a los efectos farmacológicos

relativamente intensos de las sustancias ilegales en el sistema de recompensa mesolímbico dopaminérgico del cerebro (Sussman & Leventhal, 2014), uno de los principales mecanismos asociados a la neurobiología de la anhedonia. Efectivamente, Christodoulou et al. (2010) concluyeron en su estudio que el consumo de drogas sería utilizado por los adolescentes como un recurso para compensar la baja capacidad de sentir placer.

El trastorno por consumo de sustancias se desarrolla debido a que el consumo de una o varias drogas de forma frecuente, induce en el individuo una adaptación fisiológica a los efectos estimulantes o recompensantes que producen en su organismo. De esta manera, el cerebro de la persona adicta requiere gradualmente el aumento de la ingesta de drogas para mantener los efectos reforzadores que estas generan, incrementando el consumo o, lo que se denomina, uso compulsivo de droga (Wise, 2002, p. 232).

La importancia del sistema dopaminérgico en la neurobiología de las adicciones ha sido demostrada en diferentes estudios con modelos animales (Wise, 2002, p. 229). Un ejemplo de ello es un experimento realizado en ratas, a las cuales se les practicó una cirugía para introducirles una cánula de administración de cocaína, heroína y solución salina (grupo control), se encontró que, en la primera sesión de administración de drogas, las ratas presentaron en su núcleo accumbens una mayor concentración de dopamina (DA) en comparación con el grupo control. Pasado un día en el que se administró las drogas, se encontró que el grupo de ratas que autoadministraban heroína tenían mayor porcentaje de DA en comparación con aquellas que se les administraban cocaína. Cuando se cumplieron cinco días del experimento, se observó que tanto el grupo de ratas que se autoadministraron cocaína y heroína, presentaron un porcentaje comparable en la disminución de DA en la base del núcleo accumbens posterior a la administración de las drogas (Gerrits, et al., 2002, p. 146)



Teniendo en cuenta lo anterior, Olds y Miler (1954, citado en Méndez, et al., 2017, pp.8-9), unos de los clásicos estudiosos de la neurobiología de las adicciones, explican que el sistema de recompensa se activa frente a estímulos gratificantes como los reforzadores primarios necesarios para mantener la homeostasis del individuo (como el comer y tener sexo), los cuales activan el área tegmental ventral del cerebro, de manera que se aumenta la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y, al mismo tiempo, inhibe a la amígdala. Así mismo, este proceso ocurre cuando el estímulo es una droga genera liberación de forma masiva de dopamina, que hace que el sistema de recompensa se vea afectado debido a que, incluso al cesar el consumo, la dopamina en el sistema se reduce en comparación a los niveles que el individuo tenía anterior a la estimulación del sistema de recompensa (abstinencia), lo que hace que el individuo tenga un estado anhedónico que lo obliga a consumir para poder experimentar sensaciones placenteras (Adinoff, 2004, citado en Méndez, et al., 2017, p. 9).

Continuando con la idea anterior, Gałuszko-Węgielnik, et al. (2019) sostienen que el tono hedónico juega un papel importante en la motivación de individuo puesto que si es menor la capacidad o el nivel de experimentar placer, menor será la motivación del individuo para realizar actividades cotidianas, dada la baja recaptación y regulación dopaminérgica; en este sentido, los autores explican que ante la presencia de la sintomatología anhedónica o el tener una disminución significativa en el tono hedónico, esto podría suponer un impacto negativo en la salud de los jóvenes, dado que buscarían experimentar a través de diferentes conductas riesgosas, la manera de percibir placer (Méndez y Orozco, 2018).

Igualmente, Sánchez (2015) argumenta que, ante la inhabilidad para experimentar placer, las personas pueden satisfacer esa necesidad a través de conductas compensatorias que en ocasiones son riesgosas para la salud, como es el caso de jóvenes con depresión o sintomatología

depresiva, puesto que son más proclives a tener problemas de consumo de drogas de abuso; así mismo, este autor comenta que el uso de drogas potencia el sistema de recompensa, especialmente incrementando la neurotransmisión dopaminérgica.

Esta búsqueda del placer con frecuencia puede iniciarse con la experimentación de sensaciones por medio del consumo de sustancias socialmente aceptadas como el alcohol y el cigarrillo, facilitando la apertura para la búsqueda de drogas con efectos más fuertes y de mayor duración (Becoña, 2000). Coherentemente, Carlson (2006), sostiene que las conductas de consumo en las personas pueden ser utilizadas como reforzadores negativos, es decir, ante un estímulo desagradable, como el no sentir placer y/o sentir efectos de la abstinencia, la persona recurrirá a alguna sustancia psicoactiva para que dichas sensaciones disminuyan o cesen.

Considerando lo anteriormente expuesto, el consumo de drogas de abuso podría estar asociado al grado de habilidad del consumidor para experimentar afecto placentero, por lo que en el presente estudio se pretende comparar tono hedónico en universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso. Lo anterior con miras a aportar a la comprensión de la neurobiología de la sintomatología anhedónica, así como de la conducta de consumo.

## **Método**

### **Diseño**

Para la presente investigación se implementó un enfoque cuantitativo, con diseño cuasiexperimental (Hernández, et al., 2014, p.151) debido a que no se plantea la manipulación de la variable independiente (consumo de drogas de abuso), solo la medición de la variable dependiente (tono hedónico) en estudiantes universitarios de Bucaramanga y su área metropolitana consumidores y no consumidores de drogas de abuso. En el estudio se utilizó un corte transversal descriptivo, dado que solo se tomó información de la muestra en un solo momento en el tiempo y se buscó caracterizar el consumo y comparar el tono hedónico.

### **Participantes**

Se evaluaron 100 participantes de los cuales se retiraron 54 sujetos que cumplían con los criterios de exclusión, 43 presentaban diagnóstico de alguna condición neuropsiquiátrica (depresión, ansiedad, trastorno neurológico o abuso de sustancias), 1 era menor de edad y 10 habían consumido alguna sustancia (tabaco, bebidas alcohólicas, marihuana, cocaína, sedantes o energizantes) en las dos últimas horas, de manera que la muestra total fue conformada por 46 personas, hombres (n:17) y mujeres (n:29), en edades entre los 18 a los 26 años con un promedio de  $21,54 \pm 2,04$  años, distribuidos en 6 universidades de Bucaramanga y su área metropolitana, y de las distintas carreras de pregrado que estas ofertan (diseño gráfico, ingenierías, psicología, derecho, administración de negocios internacionales, ciencias políticas, comunicación social y periodismo, criminalística, artes audiovisuales, ciencias humanas, economía, química y medicina).

### **Criterios de inclusión**

- Estudiantes universitarios de sexo femenino y masculino de distintas carreras de las universidades del área metropolitana de Bucaramanga que consuman o no por lo menos una droga de abuso.
- Que se encuentren entre las edades de 18-26 años.

### **Criterios de exclusión**

- Que el joven no desee participar.
- Menores de 18 años.
- Que se encuentren en tratamiento psiquiátrico o neurológico.
- Que reporten diagnóstico psicológico, psiquiátrico o neurológico.
- Que hayan consumido alguna sustancia (tabaco, bebidas alcohólicas, marihuana, cocaína, sedantes o energizantes) en las 2 últimas horas.

### **Proceso de selección de la muestra**

Los sujetos fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, y se realizó por el método bola de nieve. En el proceso de selección de sujetos inicialmente se planteó que fuera de manera presencial y sólo se iba a aplicar el protocolo a estudiantes de una universidad de Bucaramanga y su área metropolitana, sin embargo, una semana antes de iniciar el proceso de recolección de datos, a nivel nacional se decretó cuarentena obligatoria a raíz de una contingencia de salud a nivel mundial (pandemia de SARS- CoV-2, o también conocido como COVID-19); debido a esto el protocolo del proyecto tuvo que ser modificado de manera que el consentimiento informado, ficha sociodemográfica e instrumentos estuviesen agrupados en la plataforma *Google Forms*, es decir de forma virtual. En este sentido, para divulgar el protocolo se envió un mensaje por medio de redes sociales (*Facebook* y

*Whatsapp*), en el cual se describía brevemente el motivo del proyecto; dicho mensaje fue entregado a personas y grupos académicos de las distintas universidades de Bucaramanga y su área metropolitana.

### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se hizo bajo la resolución número 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por lo cual, clasifica la investigación con un riesgo mínimo. Así mismo, la presente investigación se hará bajo el código deontológico y bioético (ley 1090 del 2006, Congreso de la República), por lo tanto, se explicarán los objetivos, procedimientos y pautas de confidencialidad, por medio de la firma y autorización del consentimiento informado.

### **Instrumentos**

**Consentimiento informado** (ver anexo 1).

**Cuestionario sociodemográfico** (ver anexo 2).

en este formato se registran los datos sociodemográficos de la persona, al tiempo que permite establecer si cumple con los criterios de inclusión y exclusión, de forma que la muestra final cumpla con los requisitos del proyecto.

**The Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)** (ver anexo 3).

La escala SHAPS, estima el grado en que una persona puede experimentar placer o para anticipar una experiencia placentera a través de la evaluación de 4 dominios hedónicos, que son: intereses/pasatiempos (ítem 1 y 2), interacción social (ítem 2, 8 y 14), experiencia sensorial (ítems 6, 7, 11, 12 y 13) y satisfacción comidas/bebidas (4, 5, 9, 10) . Su validación en español muestra una consistencia interna moderada, con un alfa de cronbach de 0.77 (Fresán & Berlanga, 2013). Cada ítem de la escala cuenta con cuatro opciones de respuesta tipo Likert dentro de las que se

encuentran totalmente de acuerdo (=1), de acuerdo (=2), en desacuerdo (=3) y totalmente en desacuerdo (=4) (Levanthal et al., 2006). La sumatoria de las respuestas generará la puntuación total, la cual entre más alta sea indicará un menor grado de habilidad para experimentar placer o bajo tono hedónico (Leventhal et al., 2006; Franken, Rassin & Muris, 2007).

Variables/resultados: En general la escala SHAPS, mostró una validez discriminante que permite distinguir el tono hedónico como un rasgo independiente de la sintomatología depresiva (Fresan & Berlang, 2013).

#### **Anticipatory and consummatory interpersonal pleasure scale (ACIPS)** (ver anexo 4).

La escala ACIPS estima una medida indirecta de la anhedonia social, que va desde la capacidad normal de disfrutar las relaciones interpersonales y el contacto social, hasta la capacidad patológica como indiferencia a la intimidad y a la necesidad de contacto con otros, la cual es comúnmente vista en trastornos como la depresión, esquizofrenia y del espectro autista. Dicha escala puede ser aplicada en pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos, permitiendo una medida dimensional, dado que la puntuación por ella arrojada diferencia a la población, como es el caso de los pacientes no psiquiátricos, que presentan puntuaciones más altas. La puntuación total de la escala permite identificar la anhedonia y las retracciones sociales, así como la conexión social, el placer anticipatorio y consumatorio, y las recompensas prosociales. La escala es de carácter auto-aplicada y contiene 17 ítems que evalúan interacciones sociales íntimas (ítems 1, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15 y 17), vinculación social en el contexto de los medios (ítems 2, 6, 7, 8, 9 y 14) e interacción grupal o socialización informal (ítems 14, 15 y 16), por medio de 6 respuestas tipo Likert (1= muy falso para mí y 6= muy cierto para mí). La sumatoria total generará una puntuación que entre más baja sea indicará mayor probabilidad de anhedonia social. La validación de la escala

(versión Española), mostró una consistencia interna con un alfa ordinario de 0.92. (Gooding, Fonseca, Pérez, Ortuño & Paino, 2016).

Variabls/resultados: en la validación en español se encontró diferencias significativas en cuanto a los resultados por género (las mujeres presentaron puntuaciones más altas que los hombres). La escala en su versión en español muestra buena fiabilidad y consistencia en la medición de la capacidad hedónica en situaciones sociales e interpersonales.

**La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)** (ver anexo 5).

La prueba ASSIST evalúa y detecta el consumo de distintas sustancias como: Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas), alucinógenos, opiáceos, entre otras drogas. Esta prueba posee 8 ítems que evalúan consumo, dependencia, riesgos y problemas asociados a los distintos tipos de drogas anteriormente descritos (World Health Organization, 2010). Por otra parte, Tiburcio, et al. (2016), realizaron la validación del instrumento con una muestra de estudiantes mayores de edad, de ambos turnos del año académico 2013-14 (N = 1307), que se encontraban estudiando carreras relacionadas a la salud en una universidad de México. Para evaluar la validez concurrente de ASSIST, utilizaron el test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), *Drug Abuse Screening Test* (DAST-20) y el test de Fagerström de dependencia de la nicotina (FTND), y se correlacionaron las puntuaciones de cada subescala con las puntuaciones obtenidas en la prueba usada como parámetro. La correlación entre la subescala de alcohol y la puntuación de AUDIT fue aceptable y significativa ( $r = 0,719$ ,  $p \leq 0,001$ ), y el análisis por sexo obtuvo resultados similares para hombres ( $r = 0,719$ ,  $p \leq 0,001$ ) y mujeres ( $r = 0,718$ ,  $p \leq 0,001$ ). Los coeficientes de correlación entre la subescala de tabaco y la puntuación de FTND ( $r = 0,13$ ,  $p$

$\leq 0,001$ ), y la correlación entre la puntuación en el consumo de otras sustancias y la puntuación de DAST-20 ( $r = 0,187$ ,  $p \leq 0,01$ ) fueron muy pequeños. Por otra parte, en cuanto a la confiabilidad las estimaciones fueron aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76), y marihuana (alfa = 0,73).

**Variables/Resultados:** se obtuvo que el instrumento ASSITS cuenta con parámetros específicos para medir y prevenir el uso de sustancias psicoactivas en todos los contextos culturales y sociales.

**Posibilidades de análisis orientados a resolver objetivos:** el instrumento medirá el grado de consumo y las sustancias que se consumen más constantemente en los jóvenes universitarios.

## **Procedimiento**

**Fase 1.** Se realizó la construcción de la propuesta del proyecto y posterior a su revisión, fue aceptado por parte de la supervisora. Seguido de esto se planteó la construcción del protocolo de evaluación (ver anexo 1, 2, 3, 4 y 5), el cual se contemplaba ejecutar presencialmente, sin embargo, dado que una semana antes de iniciar con la búsqueda de las personas para su aplicación, el presidente de Colombia expidió el decreto 749, por el cual establece aislamiento obligatorio preventivo a raíz de una contingencia de salud debido a la pandemia por el SARS- CoV-2, o también conocido como COVID-19 (Gobierno de Colombia, 2020); por tal motivo el protocolo tuvo que ser modificado de manera que pudiese ser divulgado y aplicado a través de la virtualidad. En la plataforma *Google Forms* se digitó el consentimiento informado, la ficha sociodemográfica y los instrumentos a usar.

**Fase 2.** Una vez realizada la modificación del protocolo para que este fuese aplicado de manera virtual, se divulgó el protocolo a través de un mensaje (ver anexo 6), en el cual se describió



brevemente el motivo del proyecto y se solicitaba la colaboración de estudiantes pregrado de las distintas universidades de Bucaramanga y su área metropolitana, seguido a esto se les extendía un agradecimiento, y al final del mensaje se encontraba el enlace para acceder al protocolo y así poder diligenciarse los datos.

**Fase 3.** de la aplicación del protocolo se logró recopilar 100 evaluaciones, las cuales fueron organizadas y calificadas en una base de datos de Microsoft Office Excel. De las 100 personas a las que se les aplicó el protocolo, 54 cumplían con los criterios de exclusión, 43 presentaron diagnóstico de alguna condición (depresión, ansiedad, trastorno neurológico o abuso de sustancias), 1 era menor de edad y 10 habían consumido alguna sustancia (tabaco, bebidas alcohólicas, marihuana, cocaína, sedantes o energizantes) en las dos últimas horas, de manera que la muestra total fue conformada por 46 personas, hombres (n:17) y mujeres (n:29), en edades entre los 18 a los 26 años con un promedio de 21,54 años, distribuidos en 6 universidades de Bucaramanga y su área metropolitana, y de las distintas carreras de pregrado que estas ofertan (diseño gráfico, ingenierías, psicología, derecho, administración de negocios internacionales, ciencias políticas, comunicación social y periodismo, criminalística, artes audiovisuales, ciencias humanas, economía, química y medicina).

**Fase 4.** análisis y discusión de los resultados, y escritura del informe final.

### **Análisis estadístico**

Los resultados fueron analizados por medio del programa estadístico SigmaStat, donde en un primer momento se realizó una prueba de normalidad de los datos, en la cual se encontró en los criterios la utilización de pruebas no paramétricas con el Mann-Whitney Test. En todos los casos se utilizó una  $P < 0,05$ .

## Resultados

### Caracterización de la muestra

#### Datos sociodemográficos.

De la muestra seleccionada para la presente investigación se encontró que el 63% de los estudiantes son del sexo femenino con una edad promedio de  $21,54 \pm 2.04$  años. La mayoría (91,3%) se encuentra estudiando un pregrado en universidades privadas de Bucaramanga y su área metropolitana, primordialmente (37%) en el décimo semestre de la carrera de Psicología (26%) (ver tabla 1 en anexo 7).

Por otra parte, debido a que en el momento de recolectar los datos se presentó la contingencia de salud (pandemia por covid-19), y se declaró cuarentena estricta, dentro del presente estudio se logró determinar que la mayoría de la muestra, es decir el 52% de la muestra se encontraban en aislamiento social en sus hogares con dos o más familiares o amigos.

#### Caracterización del consumo de drogas de la muestra

De los datos recopilados sobre consumo de drogas a lo largo de la vida, se logró observar el 52% de los estudiantes evaluados reportaron haber consumido por lo menos una vez algún tipo de droga ilícita a lo largo de la vida (Tabla 2).

**Tabla 2.**

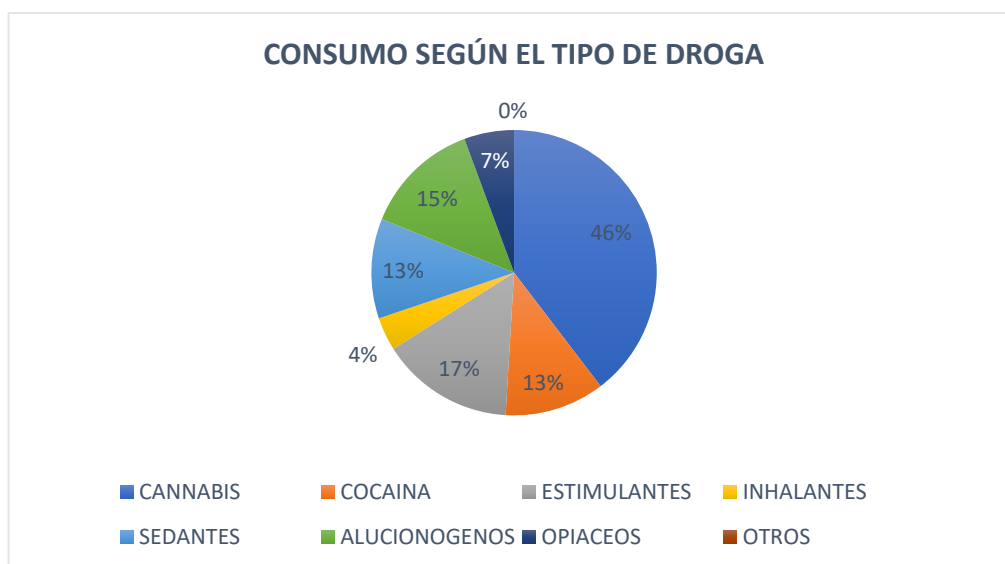
*Consumo de drogas de abuso ilícitas a lo largo de la vida*

Variables	Frecuencia	Porcentaje
No	22	48%
Sí	24	52%

Se encontró que, el 46% de los estudiantes han consumido a lo largo de la vida mayormente cannabis. La sustancia menos consumida (4%) por los estudiantes corresponden a la categoría de

los inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.). Por otra parte, ningún estudiante de la muestra manifestó haber consumido otro tipo de droga diferente a las que se encuentran en el instrumento ASSIST.

**Figura 1.** Consumo de drogas de abuso según el tipo de droga.



Para medir el riesgo de consumo, la prueba ASSIST contempla la sumatoria de las puntuaciones de cada sustancia (ver anexo 8), y según el puntaje total, el instrumento estipula intervalos de los niveles de riesgo a la salud por el consumo de drogas (ver anexo 9).

Teniendo en cuenta lo anterior, en la presente investigación se encontró que de los 46 estudiantes que conforman la muestra, 7 (es decir, el 15% de la muestra), presentan alto riesgo para la salud por el consumo de cannabis. Así mismo, el 13% de la muestra, consume cannabis con riesgo moderado. Coherentemente con los resultados anteriormente descritos, el menor riesgo para la salud fue encontrado para los inhalantes, siendo 44 personas (Tabla 3).

**Tabla 3.***Niveles de riesgo según el tipo de droga de abuso*

Variables	Frecuencia riesgo bajo	Frecuencia riesgo moderado	Frecuencia riesgo alto
Cannabis	33	6*	7*
Cocaína	42	1	3
Estimulantes	42	2	2
Inhalantes	44*	1	1
Sedantes	43	2	1
Alucinógenos	41	2	3
Opiáceos	43	0	3

**Perfil anhedónico**

Para cumplir con el objetivo específico número dos, es decir, determinar el tono hedónico en estudiantes consumidores y no consumidores, se calculó el puntaje total obtenido en las escalas de tono hedónico (SHAPS) y anhedonia social (ACIPS) y se encontró que el puntaje en tono hedónico de los estudiantes no consumidores fue de una mediana de 16,77, así como los puntajes de los consumidores fue de una mediana de 13,5. Los puntajes de anhedonia social con la escala ACIPS para los consumidores fue de una media de 78,042, y para los no consumidores fue de 79,955.

**Tabla 4***Puntaje anhedónico de las pruebas SHAPS y ACIPS en consumidores y no consumidores de drogas ilícitas*

Variable	N	Puntaje
SHAPS-Total		
No consumidores	22	Me=16,77
Consumidores	24	Me=13,5
ACIPS		

No consumidores	22	$\bar{X}=79,955$
Consumidores	24	$\bar{X}=78,042$

Finalmente, para cumplir con el tercer objetivo que era comparar el tono hedónico y anhedonia social entre los estudiantes consumidores y no consumidores, se realizó inicialmente una prueba de normalidad en la cual se observó que los datos no están distribuidos normalmente, por lo tanto, se utilizó una prueba no paramétrica con el Mann-Whitney *test*. De manera general, no se encontró una diferencia significativa entre el puntaje de tono hedónico en la escala SHAPS de los consumidores y no consumidores de drogas ilícitas ( $p=0,257$ ), sin embargo, se observó que en el dominio de experiencia sensorial de la escala SHAPS, la diferencia de significancia estuvo cercana ( $P=0,057$ ). De igual manera, la prueba *t* de Student utilizada para los análisis de las variables resultantes de la aplicación del instrumento ACIPS y sus tres dominios (interacción social, vinculación social en el contexto de los medios, e interacción grupal), no encontró diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación en anhedonia social de los estudiantes consumidores y no consumidores de drogas ilícitas.

Considerando que no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje total en tono hedónico y anhedonia social entre consumidores y no consumidores (ver tabla 5 en anexo 10), a pesar de que no era un objetivo específico de la presente investigación, se procedió a analizar los resultados según los cuatro dominios que evalúa la escala SHAPS, así como con la puntuación total del instrumento ACIPS y sus tres dominios, comparando el tono hedónico y anhedonia social entre los consumidores y no consumidores según el tipo de droga ilícita más consumida por la muestra de estudiantes (ver tabla 6 en anexo 11). Esto, igualmente, con el

propósito de cumplir con el objetivo específico número tres de analizar diferencias de tono hedónico entre consumidores y no consumidores de drogas de abuso. Como se puede observar en la tabla 6, se encontró diferencias significativas ( $p=0,019$ ) entre el puntaje de tono hedónico en el dominio de experiencia sensorial (SH-ES) de consumidores y no consumidores de cannabis, los no consumidores de cannabis ( $Me=4$ ) presentaron un menor grado de habilidad para experimentar placer bajo la dimensión de experiencia sensorial. Por otra parte, se encontraron diferencias significativas en los puntajes de anhedonia social (ACIPS) entre consumidores y no consumidores de cocaína ( $p=0,042$ ), de manera que los no consumidores la media fue de 80,275 y en los consumidores fue de 70,167, es decir, los consumidores de la muestra presentaron mayor anhedonia social que los no consumidores. Así mismo en lo dominios de instrumento ACIPS, se encontró diferencias estadísticamente significativas según el tipo de droga consumida: a) cuando se comparó la vinculación social en el contexto de los medios (AC-VS) entre los consumidores y no consumidores de cocaína, se evidenció que los consumidores de cocaína ( $\bar{X}=21,167$ ) presentaron mayor anhedonia social que los no consumidores ( $\bar{X}=27,275$ ); b) cuando se comparó interacción grupal (AC-IG) entre los consumidores y no consumidores de cocaína, se encontró que los consumidores de cocaína ( $\bar{X}=7,15$ ) presentaron mayor anhedonia social que los no consumidores ( $\bar{X}=13,025$ ); c) cuando se comparó la interacción social íntima (AC-IS) entre los consumidores y no consumidores de alucinógenos, se encontró que los no consumidores ( $\bar{X}=48,179$ ) presentaron mayor anhedonia social que los consumidores ( $\bar{X}=53,429$ ); d) cuando se comparó AC-VS entre consumidores y no consumidores de opiáceos, se evidenció que los consumidores ( $\bar{X}=18,667$ ) presentaron mayor anhedonia social que los no consumidores ( $\bar{X}=27,023$ ); e) cuando se comparó AC-IG entre consumidores y no consumidores de opiáceos, se

encontró que los consumidores ( $\bar{X}=5$ ) presentaron mayor anhedonia social que los no consumidores ( $\bar{X}=14$ ).

## Discusión

De acuerdo con los datos obtenidos en la presente investigación, en cuanto al objetivo específico, caracterizar el consumo de drogas de abuso en estudiantes universitarios, se observó que el 52% por ciento de los estudiantes consumen o consumieron algún tipo de droga de abuso a lo largo de la vida. Estos resultados concuerdan con otros estudios que muestran que gran parte de los estudiantes universitarios en general consumen o han consumido drogas en algún momento de sus vidas (Palmer et al., 2009, pp. 83-84; Sani, 2010, pp. 500-501; Casseus et al., 2020; Kollath et al., 2020).

Por otra parte, en la medición del nivel de riesgo a la salud por el consumo de drogas, se determinó que la droga que representa mayor riesgo por consumo es el cannabis, siendo esta la más consumida por los estudiantes (46%). De acuerdo con lo anterior, un estudio realizado por Cáceres, et al. (2006, p 524.) en una universidad de Cali, Colombia, también encontró una mayor prevalencia de consumidores de marihuana del 7,1%, en relación con éxtasis del 1,8%, opiáceos de 1,5%, entre otros. En las conclusiones y reflexiones extraídas del II Congreso Internacional sobre Cannabis y sus derivados realizado en 2019 y publicadas por Isorna (2020), Maldonado uno de los uno de los investigadores prestigiosos en el área, argumentó que el consumo exacerbado del cannabis se debe a la baja percepción de riesgo que tienen las personas sobre este, así mismo explicó que el consumo en jóvenes se debe al bajo nivel de desarrollo de la corteza prefrontal, encargada de controlar la impulsividad y de las conexiones de esta con el sistema límbico, la cual se establece hasta los 22 años.

Igualmente, Del Bosque, et al. (2013), manifiestan que el cannabis es una sustancia que algunas personas promueven por sus beneficios medicinales, sin embargo, estas personas no reportan los riesgos, de manera que los jóvenes la consumen pensando en esta sustancias como



una “droga segura”; así mismo estos autores explican que al igual que ante el consumo de otras drogas, el cannabis genera en el sistema compensatorio la activación secuencial del área tegmental ventral, la cual activa el núcleo accumbens e inactiva la amígdala (la cual se relaciona con la percepción subjetiva de miedo) y la corteza prefrontal (relacionada con la toma de decisiones), de manera que al estar desactivadas permiten el consumo y por ende la activación de receptores de dopamina, lo que facilita la sensación/refuerzo placentero ante el consumo, y la persona consumirá de manera más frecuente.

De manera general, en el presente estudio, cuando se realizó la ejecución del objetivo específico número tres, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso con respecto al tono hedónico y anhedonia social. Estos resultados no concuerdan con los encontrados por Leventhal, et al. (2017), quienes encontraron que, en estudiantes adolescentes con edades entre los 14 y 20 años, la influencia de factores biopsicosociales, la presencia de psicopatología previa (depresión, fobia social y déficit de atención con hiperactividad) y, el consumo de tabaco y alcohol, se asocia a la presencia de sintomatología anhedónica. Según dichos autores, la sintomatología anhedónica podría estar asociada al consumo exacerbado o riesgo a consumir marihuana, y a su vez puede mediar o dar la apertura al consumo de otro tipo de drogas. En este sentido la investigación de Leventhal, et al. (2017), aunque utilizó el mismo instrumento para medir la anhedonia (SHAPS), presentó diferencias en cuanto a los datos sociodemográficos y presencia de psicopatología previa en la muestra, con respecto al presente estudio, lo que podría explicar las diferencias con los resultados de la presente investigación.

A pesar de lo anterior y coherente con los resultados encontrados por Leventhal et al (2017), cuando se comparó los puntajes de las pruebas que medían tono hedónico (SHAPS) y

anhedonia social (ACIPS), según el tipo de droga, los resultados permitieron corroborar la hipótesis principal, en la cual se aseveraba que el tono hedónico de los consumidores era menor que el de los no consumidores. Específicamente en el presente estudio se encontró que los consumidores de cocaína y opiáceos presentaron mayor anhedonia social que los no consumidores (medido con el instrumento ACIPS, así como en sus dominios de vinculación social en el contexto de los medios e interacción grupal). Adicionalmente, cuando se comparó los consumidores y no consumidores de cannabis, únicamente en el dominio de la experiencia placentera denominado en la escala SHAPS experiencia sensorial y cuando se comparó consumidores de alucinógenos, este último medido únicamente en el dominio de interacción social íntima del instrumento ACIPS, se corroboró la hipótesis alternativa, en la cual se afirmaba que el tono hedónico de los consumidores era mayor que el de los no consumidores.

Considerando la neurobiología del sistema de recompensa y en las conductas adictivas, se esperaría que la sintomatología anhedónica se diferenciara entre el grupo de estudiantes consumidores y no consumidores tal como se discute en el estudio realizado por Razón et al. (2017). La baja habilidad de sentir placer o la sintomatología anhedónica podría también justificar el consumo reiterado de drogas dado que cuando las personas consumen drogas psicoactivas de manera prolongada, hay una mayor probabilidad que el sistema de motivación y recompensa (que median los niveles de placer en el organismo) requieran cada vez más cantidades de droga por la reducción de dopamina a niveles inferiores después del consumo (Volkow & Boyle, 2018, parr. 12).

Adicionalmente, en el presente estudio se encontró que los consumidores de cocaína mostraron mayores puntajes de anhedonia social que los no consumidores. A pesar de que no todos los estudios de la literatura han evaluado precisamente la anhedonia social, la mayoría de ellos

muestran que la sintomatología anhedónica está íntimamente relacionada con el consumo y el desarrollo de adicción a las drogas. Nuevamente esto se debe a que al ser este síntoma una consecuencia de la desregulación del sistema de recompensa, dicha desregulación media en gran medida la conducta de consumo del individuo, de manera que a mayor sintomatología anhedónica, mayor el comportamiento hacia el consumo (Destoop, et al., 2019).

Continuando con la idea anterior, Koob & Volkow (2010), en una investigación sobre los circuitos neuronales de la adicción, encontraron que la anhedonia (sintomatología asociada a la depresión), se relaciona a la conducta de consumo debido a que las drogas funcionan como reforzadores positivos para la conducta y negativos para la compensación placentera, esto se debe a que la sustancia que es procesada en el organismo genera un ajuste en el sistema mesolímbico que hace que se libere dopamina, la cual funciona en el sistema de recompensa de manera que, si el individuo no consume drogas su tono hedónico disminuirá.

Por otra parte, en una investigación para identificar y diferenciar la sintomatología anhedónica en una muestra de adultos jóvenes con edades entre los 18 y 55 años, se evidenció que aquellas personas opioides-dependientes presentaron un mayor grado de sintomatología anhedónica en comparación con el grupo de control; así mismo dichas personas presentaron sintomatología de trastorno de estrés postraumático debido a la negligencia y el abuso que sufrieron en su niñez (Garfield, et al., 2017).

En una investigación para medir la asociación de la anhedonia con el consumo de cocaína y anfetaminas, se encontró que de la muestra seleccionada (de la población que participó en la Encuesta Nacional de Epidemiología en Alcohol y condiciones relacionadas de Estados Unidos), aquellas personas que tenían un historial respecto a la presencia de la sintomatología anhedónica, presentaron una asociación directa en la prevalencia del consumo de anfetaminas y/o cocaína a lo

largo de la vida, así como una asociación directa sobre la dependencia de estas sustancias (Leventhal et al., 2010).

En otro estudio realizado por Huhn et al, (2016), para determinar la diferencia de la sintomatología anhedónica en consumidores dependientes de opioides y no consumidores, encontraron que, en pacientes jóvenes con drogodependencia de opioides, la sintomatología anhedónica es mucho más alta en comparación con el grupo control. Así mismo, en una investigación para identificar la relación entre el uso de drogas y síntomas depresivos en adolescentes colombianos entre los 13 y 19 años, se identificó por medio de la prueba ASSIST, que el sexo femenino consumió primordialmente cannabis, y los hombres solamente alcohol y cigarrillos; así mismo se identificó a través de la prueba *Kutcher Adolescent Depression Scale-6*, que el sexo femenino es quien presenta mayor presencia de síntomas depresivos (Romero, Gómez, Lowe, & Lipps, 2019). Teniendo en cuenta lo anterior, es posible identificar que el consumo de drogas ilícitas tiene una relación directa con la presencia de síntomas depresivos, algo que en el presente estudio se encontró con determinadas drogas (cocaína y cannabis).

Continuando con la idea anterior, en una investigación realizada por Gómez, Gutiérrez y Londoño (2013), identificaron en una muestra de estudiantes adolescentes en edades de 12 a 17 años, que aquellos que mostraron sintomatología depresiva presentaban consumo de sustancias psicoactivas, así mismo identificaron que a mayor grado o presencia de síntomas depresivos mayor era el consumo de sustancias; por otro lado, estos autores encontraron que la población femenina era la que presentaba en gran medida los síntomas depresivos en comparación con la población masculina. En este sentido, la investigación realizada por estos autores, al igual que la realizada por Romero, et al. (2019), refuerzan a través de los resultados encontrados que ha mayor sintomatología depresiva en la población, mayor será la conducta hacia el consumo, así mismo es

posible identificar qué factores como el sexo de la población incide en la presencia de depresión, algo que si bien no se tuvo en cuenta en el presente estudio, aporta al entendimiento de la relación síntomas depresivos (anhedonia) y consumo de drogas.

Aurrecoechea, et al. (2008), en una investigación realizada para determinar factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas, encontraron que en la muestra total de adultos jóvenes con consumo de drogas ilícitas, es escasa la satisfacción de necesidades como salud, seguridad, estima y disfrute debido a factores emocionales como la depresión, y la atracción y desarrollo de dependencia de drogas. Con relación a la investigación de los autores anteriormente citados, el identificar la satisfacción de las necesidades en la pirámide de Maslow, puede también ser una variable importante para el estudio de la satisfacción humana (tono hedónico), algo que no se tuvo en cuenta en el presente estudio, sin embargo, aporta al conocimiento del desarrollo de conductas hacia el consumo debido a la insatisfacción o el displacer (anhedonia).

Considerando que la evaluación de los estudiantes del presente estudio se realizó durante el período de aislamiento preventivo en Colombia debido a la pandemia por el Covid-19, especialmente el aislamiento social, podría explicar que no se haya encontrado diferencias estadísticas entre consumidores y no consumidores de las drogas ilícitas en general. El aislamiento social, se caracteriza como un estresor que impide realizar actividades cotidianas que resultan placenteras y produce una serie de alteraciones emocionales. Esta afirmación se respalda por lo reportado por Molero, et al. (2020), quienes reportaron que, durante el aislamiento social por la pandemia, la sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva (anhedonia) se presenta en gran medida en la población como consecuencia del miedo de contagiarse y la disminución del contacto social. Adicionalmente, una serie de estudios de la literatura han demostrado en modelos animales

la presencia del síndrome del aislamiento social que en general se caracteriza entre otros por comportamientos de tipo ansiedad (Botelho et al., 2007) y anhedónico (Martínez et al., 2008; Muscat et al., 1991; Cortes et al, 2005; Diaz et al., 2010; Páez et al., 2013; Lampert et al., 2017, Lukkes et al., 2018).

A favor de lo anterior, Becerra, Giménez, Sánchez, Barbeito y Calvo (2020), en una investigación realizada a en una población española aislada socialmente por covid-19, encontraron que la soledad, el leer masivamente noticias relacionadas a la pandemia y tener familiares o conocidos cercanos contagiados, repercute directamente sobre la salud mental, de manera que la población puede llegar a presentar sintomatología ansiosa y depresiva (asociada con la sintomatología anhedónica). Igualmente, Pascale (2020), en una reflexión de la situación de pandemia por covid-19 y el consumo de drogas, argumenta que las personas que consumen drogas pueden llegar a tener un cambio en su patrón de consumo, y esto se debe a que la sintomatología anhedónica (causada por síntomas depresivos), puede agravarse debido a las restricciones de movilidad y el escaso contacto social, entre otros, lo cual puede llegar a exacerbar el consumo.

En contraste con esto, Ponciano (2020), a pesar de estar de acuerdo con lo anteriormente descrito, manifiesta que el aislamiento social puede llegar a ser para las personas consumidoras un momento de reflexión, motivación y fortaleza para dejar de consumir drogas. Teniendo en cuenta esto, en una revisión bibliográfica realizada por Garfield, et al. (2014), explican que la abstinencia a consumir algún tipo de droga, en especial el cannabis, genera que los niveles dopaminérgicos en el cerebro se restablezcan a su normalidad, permitiendo que la sintomatología anhedónica disminuya.

Resumiendo todo lo anteriormente expuesto, algunos aspectos metodológicos encontrados en los diferentes estudios anteriormente mencionados tales como las evaluaciones realizadas de

manera presencial, los antecedentes de sintomatología depresiva y ansiosa y de problemas biopsicosociales en la niñez, los diferentes rangos de edad de las muestras evaluadas, difieren de la presente investigación, de manera que es posible que por estas razones no se hayan encontrado diferencias en la sintomatología anhedónica y/o tono hedónico entre el grupo de consumidores y no consumidores de manera general. Adicionalmente, hay que resaltar que en general la evaluación realizada en el presente estudio cobijó a todos estudiantes universitarios bajo un gran estresor académico que fue la modalidad de enseñanza virtual que adicionalmente, compartían con millones de personas en el mundo la exposición a diferentes estresores (sociales, económicos y emocionales). En este sentido, todos podrían estar anhedónicos, principalmente por la falta de contacto social. Aun así, hay que destacar que los consumidores de cocaína presentaron mayor anhedonia social que los no consumidores.

### **Conclusión**

- La mayoría de los estudiantes consumió en algún momento de sus vidas por lo menos una droga, siendo el cannabis la mayormente consumida y la que representó mayor riesgo por consumo.
- El grado de habilidad para sentir placer (tono hedónico), así como la anhedonia social de los consumidores de drogas no variaron entre consumidores y no consumidores de drogas, sin embargo, varió en función del tipo de droga, donde los consumidores de cocaína y los opiáceos presentaron un menor tono hedónico o anhedonia social que los no consumidores.



### **Recomendaciones**

Debido a que no se tenía previsto ejecutar el protocolo de evaluación de manera virtual, se consideró pertinente evaluar y detectar el consumo con el instrumento ASSIST el cual fue construido para su aplicación en forma de entrevista; dadas las circunstancias este instrumento fue implementado de manera virtual. Se sugiere para un posterior estudio que el instrumento utilizado sea compatible con el modo de aplicación del protocolo (presencial o virtual). Adicionalmente, que el mismo tenga menor extensión. En caso de que la aplicación sea virtual se sugiere que sea autoaplicable.

Lo hallado en la presente investigación refleja que las condiciones evaluadas en la muestra se vieron afectadas a causa de la contingencia de salud (cuarentena) que se presentó durante la recolección de datos. En este sentido, se sugiere para futuras investigaciones tener en cuenta la repercusión del aislamiento social sobre la salud mental, en especial atención en la presencia de sintomatología depresiva (tono hedónico y/o anhedonia) y su relación con el comportamiento de consumo según el tipo de droga.

### **Impacto de los resultados para la Psicología**

De acuerdo con los resultados del presente estudio y considerando la importancia del tono hedónico en el consumo de drogas ilícitas, en especial el cannabis, cocaína y opiáceos es importante que, en la elaboración de programas de promoción, prevención y tratamiento, se tenga en cuenta que uno de los factores de consumo está asociado al grado de habilidad para sentir placer. Utilizar este conocimiento para la creación de estrategias de prevención y tratamiento puede ser muy útil para prevenir y tratar la conducta de consumo.

## Referencias

- Adeyemo, Ohaeri, Okpala & Oghale (2016). Prevalence of Drug Abuse Amongst University Students in Benin City, Nigeria. *Public health research*, 6(2), pp. 31-31. 10.5923/j.phr.20160602.01
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5ª Ed. Editorial Arlington.
- Arévalo, M., Torres, I., Rodríguez, D., & Cuevas, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento psicológico*, 3(8), pp. 31-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80130804>
- Aurrecoechea, R., Rodríguez, S., & Córdoba, A. (2008). Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. *Salud mental*, 31(6), pp. 453-459. <https://search-ebscohost-com.consultaremota.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=37045083&lang=es&site=ehost-live>
- Barbieri, I., & Trivelloni, M., & Zani, B., & Palacios-Espinosa, X. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 10, 69-86. <https://www.redalyc.org/pdf/562/56223337007.pdf>
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, (77), pp. 25-32. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77807705.pdf>

- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo científico médico*, 18(1), pp. 5-7. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1560-43812014000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1560-43812014000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Botelho, S., Estanislau, C., & Morato S (2007). Effects of under- and overcrowding on exploratory behavior in the elevated plus-maze. *Behavioural Processes*, 74, pp. 357-362. <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2006.12.006>
- Bressan, R. & Crippa, J. (2005). The role of dopamine in reward and pleasure behaviour – review of data from preclinical research. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 111(427), pp. 14-21. <https://search-ebshost-com.consultaremota.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=16954341&lang=es&site=ehost-live>
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas psycologica*, 5(3), pp. 521-534. <https://search-ebshost-com.consultaremota.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=24159766&lang=es&site=ehost-live>
- Casseus, M., West, B., Graber., J., Wackowski, O., Cooney, J. & Lee, H. (2020). Disparities in illicit drug use and disability status among a nationally representative sample of U.S. college students. *Disability and health journal*, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100949>
- Cadena, L., Díaz, L., Rueda, G., Hernández, N., & Campo, A. (2010). Prevalencia actual del trastorno depresivo mayor en la población de Bucaramanga, Colombia. *Revista facultad nacional de salud pública*, 28(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12016345005>

- Christodoulou, G., Majmundar, A., Chou, C. & Pentz, M.A, (2020). Anhedonia, screen time, and substance use in early adolescents: A longitudinal mediation analysis. *Journal of Adolescence* 78, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.11.007>
- Caravaca, F., & García, M. (2019). Alcohol, otras drogas y salud mental en población femenina penitenciaria. *Anuario de psicología jurídica*, 30, pp. 47-53. 10.5093/apj2019a15
- Carlson, N. (2006). Fisiología de la conducta. 8ª ed. Pearson Educación.
- Cevallos, G. y Alvarado, Z. (2018). Estudio de políticas públicas para el tratamiento de jóvenes adictos a la droga en Ecuador. *Revista Lasallista de investigación*, 15(2), pp. 95-104. 10.22507/rli.v15n2a7
- Congreso de Colombia. (4 de julio de 1997). Artículo 3 [capítulo 1]. Ley de la juventud. [Ley 375 de 1997]. [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85935\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85935_archivo_pdf.pdf)
- Congreso de Colombia (2006). Código deontológico y bioético. (Ley 1090). [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html)
- Córdoba, E., Betancourth, S. y Tacán, L (2016) Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. *Psicogente*, 20(38), 308-319. <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00308.pdf>
- Cortés, M., Conde, C., Botelho, S. (2005). Evaluación de los efectos del alojamiento individual sobre las manifestaciones comportamentales de “tipo depresivo” de ratas [trabajo de grado, Universiada Pontificia Bolivariana].

- Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., & Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), pp. 47-58. 10.17711/SM.0185-3325.2015.067
- De Besa, M., Gil, J., & García, A. (2018). Variables psicosociales y rendimiento académico asociado al optimismo en estudiantes universitarios españoles de nuevo ingreso. *Acta colombiana de psicología*, 22(1), pp. 152-163. 10.14718/ACP.2019.22.1.8
- De Boer, J. (2014). Scaling happiness. *Philosophical Psychology*, 27 (5), pp. 703-718. <http://dx.doi.org/10.1080/09515089.2013.792715>
- Del Bosque, J., Fernández, C., Sánchez, R., Díaz, D., Gutiérrez, A., Fuentes, A., Espínola, M., Gonzáles, N., Loredó, A., Medina, M., Nanni, R., Natera, G., Real, T., Sansores, R., Prospéro, O., Zinser, L., Suárez, C. & Beltrán, A. (2013). El problema del consumo de cannabis: el papel del sector salud. *Salud mental*, 36, pp. 149-158. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam132h.pdf>
- Destoop, M., Morrens, M., Coppens, V., & Dom, G. (2019). Addiction, anhedonia, and comorbid mood disorder. A narrative review. *Frontiers in psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00311>
- Díaz, C. A., Díaz, G., Bacallao, J., Ramírez, H. & Pérez, E. A. (2017). Factores sociales de estilos de vida de adolescentes en un consultorio médico de familia de la atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(3), pp. 454-468. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2017000300015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000300015)
- Díaz, A., León, P., Conde, C., Botelho, S. (2010). Evaluación del efecto de la administración aguda de Bromocriptina sobre el consumo de sacarosa en ratas sometidas a aislamiento social

- [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio UPB.  
<http://hdl.handle.net/20.500.11912/1314>
- Franken, I. H. A., Rassin, E. & Muris, P. (2007). The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: Further validation of the Snaith–Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). *Journal of Affective Disorders*, 99, pp. 83-89. 10.1016/j.jad.2006.08.020
- Fernández, A., Arias, D., & Pereiro, C. (2018). Relación entre sobredosis y suicidio en las muertes asociadas al consumo de drogas. *Revista de toxicología*, 35(1).  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91956202010>
- Fresán, A., & Berlanga, C. (2013). Translation into Spanish and validation of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) for anhedonia. *Revista Actas Españolas de Psiquiatría* 41(4), 227-231
- Gałuszeko-Węgielnik, M., Wigłusz, M., Słupski, J., Szałach, Ł., Włodarczk, A., Górski, N., Szarmach, J., Jakuszkowiak-Wojten, K., Wilkowska, A., & Cubała, W. (2019). Efficacy of Ketamine in bipolar depression: focus on anhedonia. *Psychiatria Danubina*, 31(3), 554–560.  
<https://search-ebshost-com.consultaremota.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=31488790&lang=es&site=ehost-live>
- Gantiva, C., Hewitt, N., Vera, A., Angarita, A., Parado, A., & Guillén, A. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en jóvenes de una región en postconflicto armado. *Revista colombiana de psiquiatría*, 41(2), pp. 299-308.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624462011>

García, A. & Vera, M. (2002). El ciclo vital y la salud humana. *Actualizaciones año 2002*, pp. 61-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5031053>

Garfield, J., Cotton, S., Allen, N., Cheetham, A., Kras, M., Yücel, M., & Lubman, D. (2017). Evidence that anhedonia is a symptom of opioid dependence associated with recent use. *Drug and alcohol dependence*, 177(1), pp. 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.012>

Garfield, J., Lubman, D., & Yücel, M. (2014). Anhedonia in substance use disorders: A systematic review of its nature, course and clinical correlates. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 48(1), pp. 36-51. [10.1177/0004867413508455](https://doi.org/10.1177/0004867413508455)

Gavioli, A., Nishimura, P., Marangoni, S., Hungaro, A., Santana, C., & Felix, M. (2020). Drug use by men admitted in psychiatric hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, pp. 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3370.3296>

Gerrits, M., Petromilli, P., Westenberg, H., Di Chiara, G. & van Ree, J. (2002). Decrease in basal dopamine levels in the nucleus accumbens shell during daily drug-seeking behaviour in rats. *Brain research*, 924, pp. 141-150. [https://doi.org/10.1016/S0006-8993\(01\)03105-5](https://doi.org/10.1016/S0006-8993(01)03105-5)

Gobierno de Colombia (28 de mayo del 2020). Decreto 149, mediante el cual establece aislamiento preventivo obligatorio en el país. <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/Gobierno-Nacional-expide-Decreto-749-mediante-el-cual-ordena-Aislamiento-Preventivo-Obligatorio-en-el-pais-a-partir-200528.aspx>

- Gooding, D., Fonseca, E., Pérez, A., Ortuño, J., & Paino, M. (2016). Spanish adaptation of the adult version of the Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 9(2), pp. 70-77.
- Gonzales, H., Bowen, M., & Fisher, G. (2007). Memory Decline and Depressive Symptoms in a Nationally Representative Sample of Older Adults: The Health and Retirement Study (1998–2004). *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 25, pp. 266-271. 10.1159/000115976
- Gonzales, E., Cuadros, P., & Gutiérrez, E. (2020). Intoxicación por spice e hiperglucemia. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 43(1), pp. 87-91. <http://dx.doi.org/10.23938/assn.0748>
- González, J., González, V., Oropeza, R., Ortiz, D., & Salazar, J., (2020). Relación entre consumo de drogas y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de mexicanos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 23(1). [https://www.researchgate.net/profile/Joel\\_Omar\\_Gonzalez-Cantero/publication/340165761\\_Relacion\\_entre\\_consumo\\_de\\_drogas\\_y\\_bienestar\\_psicologico\\_en\\_estudiantes\\_universitarios\\_mexicanos/links/5e7b9b9a92851caef49abab2/Relation-entre-consumo-de-drogas-y-bienestar-psicologico-en-estudiantes-universitarios-mexicanos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joel_Omar_Gonzalez-Cantero/publication/340165761_Relacion_entre_consumo_de_drogas_y_bienestar_psicologico_en_estudiantes_universitarios_mexicanos/links/5e7b9b9a92851caef49abab2/Relation-entre-consumo-de-drogas-y-bienestar-psicologico-en-estudiantes-universitarios-mexicanos.pdf)
- González, I., Tumuluru, S., González, M., & Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 35(127), pp. 555-571. 10.4321/S0211-57352015000300008
- Güngör, B., Akgül, A., Taymur, I., Demirci, H., & Inel, A. (2020). Evaluation of eating attitudes, anger and impulsivity in atypical and non-atypical depression and assessment of



- comorbidity of binge eating. *Psychiatria Danubina*, 32(1), pp. 105-114.  
<https://doi.org/10.24869/psyd.2020.105>
- Guzmán, F., Ramos, S., Alonso, M., Esparza, S., López, K., & Ibarra, C. (2011). Depression an psychoactive substance consumption in Mexica college undergraduates. *Revista investigación y educación en enfermería*, 29(3), pp. 442-450.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222406013>
- Heininga, V., Dejonckheere, E., Houben, M., Obbles, J., Sienaert, P., Leroy, B., van Roy, J. & Kuppens, P. (2019). The dynamical signature of anhedonia in major depressive disorder: positive emotion dynamics, reactivity, and recovery. *BMC Psychiatry*, pp. 1-11.  
<https://search-ebshost-com.consultaremota.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=134599244&lang=es&site=ehost-live>
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (ed. 6ª). Mc Graw Hill Education.
- Huhn, A., Meyer, R., Harris, J., Ayaz, H., Deneke, E., Stankoski, D., & Bunce, S. (2016). Evidence of anhedonia and differential reward processing in prefrontal cortex among post-withdrawal patients with prescription opiate dependence. *Brain research bulletin*, 123, pp. 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2015.12.004>
- Isorna, M. (2020). El consumo de cannabis desde la evidencia científica: el peligro de banalizar el consumo y riesgos de una posible legalización o regulación. *Health and addictions*, 20(1), pp. 1-4. <https://search-ebshost->

com.consultaremota.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=142098488&lang=es&site=ehost-live

Kashdan, T., Elhai, J. & Frueh, C. (2006). Anhedonia and emotional numbing in combat veterans with PTSD. *Behaviour research and therapy*, 44(3), pp. 457-467. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.001>

Koob, G., & Volkow, N. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, pp. 217-238. <https://www.nature.com/articles/npp2009110>

Kollath, C., Hatteberg, S. & Kooper, A. (2020). Illicit drug use among college students: The role of social norms and risk perceptions. *Addictive behaviors*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106289>

Lampert, C., Arcego, D., de Sá Couto, N., dos Santos, A., Toniazzo, A., Krolow, R., García, E., Aparecida, D., Calcagnotto, E. & Dalmaz, C. (2017). Short post-weaning social isolation induces long-term changes in the dopaminergic system and increases susceptibility to psychostimulants in female rats. *International journal of developmental neuroscience*, 61, pp. 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2017.05.003>

Leventhal, A. M., Chasson, G. S., Tapia, E., Miller, E. K., & Pettit, J. W. (2006). Measuring hedonic capacity in depression: A psychometric analysis of three anhedonia scales. *Journal of Clinical Psychology*, 62, pp.1545–1558. [10.1002/jclp.20327](https://doi.org/10.1002/jclp.20327)

Leventhal, A., Cho, J., Stone, M., Barrington, J., Chou, C., Sussman, S., Riggs, N., Unger, J., Audrain, J., & Strong, D. (2017). Associations between anhedonia and marijuana use escalation across mid-adolescence. *Society for the study of addiction*, 112, pp. 2182-2190. [10.1111/add.13912](https://doi.org/10.1111/add.13912)

- Leventhal, A., Brightman, M., Ameringer, K., Greenberg, J., Mickens, L., Ray, L., Sun, P., & Sussman, S. (2010). Anhedonia associated with stimulant use and dependence in a population-based sample of American adults. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 18(6), pp. 562-569. [10.1037/a0021964](https://doi.org/10.1037/a0021964)
- Li, J., Tendeiro, J. & Storebe, M. (2019). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International journal of psychology*, 54(4), pp. 454-461. [10.1002/ijop.12483](https://doi.org/10.1002/ijop.12483)
- López, S. & Rodríguez, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescente y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), pp. 568-573. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715515007>
- López, M. (2012). Influencia del consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Revista estomatológica herediana*, 22(4), pp. 247-256. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539373010>
- Lukkes, J., Meda, S., Norman, K. & Andersen, S. (2018). Anhedonic behavior and  $\gamma$ -amino butyric acid during a sensitive period in female rats exposed to early adversity. *Journal of psychiatric research*, 100, pp. 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.005>
- Marina, P., García, M., Jiménez, L., Palicio, L., Trabajo, P. y Bobes, J. (2013). Función sexual en pacientes deprimidos: relación entre síntomas depresivos y disfunción sexual. *Revista de neuro-psiquiatría*, 76(3), pp. 161-172. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036945006>

- Marín, C., & Calderón, J. (2018). Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y la aparición de la enfermedad mental en adolescentes. *Revista electrónica enfermería actual en Costa Rica*, (34), pp. 96-109. 10.15517/revenf.v0i34.31635
- Martí, J., Blasi, P. Boher, J., Urgell, J & Vaque R. (1996) Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: Encuesta de prevalencia. *Asociación española de Pediatría*. 45 (5), 475-478. <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/45-5-6.pdf>
- Martínez, J., Conde, C., y Botelho, S. (2008). Evaluación de las manifestaciones comportamentales de tipo “depresión-ansiedad” en ratas sometidas al aislamiento social crónico [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio UPB. <http://hdl.handle.net/20.500.11912/402>
- Matsui, K., Tachibana, H., Yamanishi, T., Oguru, M., Toda, K., Okuda, B. & Oka, N. (2013). Clinical correlates of anhedonia in patients with Parkinson’s disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 115, pp. 2524-2527. <https://search-ebscobhost-com.consultaremota.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24252163&lang=es&site=ehost-live>
- Méndez, J. & Orozco, J. (2018). Resiliencia y consumo de drogas. Un estudio en jóvenes costarricenses. *Revista de ciencias sociales*, 1(159), pp. 129-143. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15358736008>
- Méndez, M., Romero, B., Cortés, J., Ruíz, A., & Prospéro, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*, 60(1), pp. 6-16. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000100006&lng=es&nrm=iso)

- Méndez, M., Ruiz, A., Prieto, B., Romano, A., Caynas, S., & Próspero, O. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud mental*, 33(5), pp. 451-456. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58219793009>
- Mesurado, B. (2008). Explicaciones psicológicas sobre la motivación y el sustrato neurobiológico que posibilita la misma. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/72117/CONICET\\_Digital\\_Nro.41f8fc31-1887-4bcc-855c-327874a959b9\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/72117/CONICET_Digital_Nro.41f8fc31-1887-4bcc-855c-327874a959b9_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Ministerio de Educación Nacional. (2016). Anuario estadístico de la educación superior colombiana. [https://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-360745\\_recurso\\_1.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-360745_recurso_1.pdf)
- Miura, S., Kida, H., Nakajima, J., Noda, K., Nagasato, K., Ayabe, M., Aizawa, H., Hauser, M. & Taniwaki, T. (2012). Anhedonia in Japanese patients with Parkinson's disease: Analysis using the Snaith–Hamilton Pleasure Scale. *Clinical neurology and neurosurgery*, 114(4), pp. 252-255. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2011.11.008>
- Molero, M., Pérez, M., Soriano, J., Oropesa, N., Simón, M., Sisto, M., & Gázquez, J. (2020). Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *European journal of health research*, 6(1), pp. 10.30552/ejhr.v6i1.206
- Muscat, R., Kyprianou, T., Osman, M., Phillips, G. & Willner, P. (1991). Sweetness-dependent facilitation of sucrose drinking by raclopride is unrelated to calorie content. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 40(2), pp. 209-213. [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(91\)90541-9](https://doi.org/10.1016/0091-3057(91)90541-9)

- Nalipay, J., & Ku, L. (2019). Indirect effect of hopelessness an depression siymtoms through perceived burdersomeness. *Metal and physical health*, 122(5), pp. 1618-1631. <https://doi.org/10.1177/0033294118789044>
- Nishitani, N., Kawasaki, Y., & Sakakibara, H. (2018). Insomnia and depression: risk factors for development of depression in male Japanese workers during 2011–2013. *International journal of public health*, 63(1), pp. 49-55. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1043-9>
- Observatorio de Drogas de Colombia, (2017). Reportes de drogas de Colombia. [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)
- Observatorio de Drogas de Colombia (s.f). Situación del consumo de drogas en Colombia. <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo>
- Observatorio nacional de drogas (2017). Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el sistema de responsabilidad penal para adolescentes (SRPA). [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO3142018\\_estudio\\_consumo\\_sustancias\\_psicoactivas\\_SRPA\\_2018.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO3142018_estudio_consumo_sustancias_psicoactivas_SRPA_2018.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). Informe mundial sobre las drogas 2018. [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019). Informe mundial sobre las drogas 2019. [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC: el consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene

un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas.  
[https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06\\_26\\_Informe\\_Mundial\\_Drogas\\_2020.html](https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html)

Ortega, Y., Hernández, A., Arévalo, A., Martínez, A., & Torres, Z. (2015). Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos (trabajo investigativo). Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Santa Marta, Colombia.

Páez, H., Conde, C., Botelho, S. (2013). Efectos del aislamiento social crónico sobre el consumo de sacarosa de ratas adultas jóvenes orquidectomizadas [Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana].

Palmer, R., Young, S., Hopfer, C., Corley, R., Crowley, T. & Hewitt, J. (2009). Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug and alcohol dependence*, 102, pp. 78-87.  
10.1016/j.drugalcdep.2009.01.012

Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3), pp. 247-251.  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902020000300247&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000300247&lng=es&tlng=es).

Pérez, H. (2014). La anhedonia. *Revista latinoamericana de psicopatología fundamental*, 17(4), 827-830. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233037802001>

- Philippi, C., Cornejo, M., Frost, C., Walsh, E., Hoks, R., Birn, R. & Abercrombie, H. (2018). Neural and behavioral correlates of negative self-focused thought associated with depression. *Human Brain Mapping, 39*(5), pp. 2246-2257. 10.1002/hbm.24003
- Ponciano, M. (2020). Adicciones en la época del covid-19. *Boletín sobre covid-19, 1*(4), pp. 6-9. <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.3-04-Adicciones-COVID-19.pdf>
- Programa Presidencial para Afrontar el Consumo de Drogas (2001). Resultado de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. [http://www.mamacoca.org/docs\\_de\\_base/Consumo/Encuesta\\_consumo\\_SPA\\_2001.pdf](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Encuesta_consumo_SPA_2001.pdf)
- Razón, K., Rodríguez, L., & León, U. (2017). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista electrónica de psicología Iztacala, 20*(4), pp. 1344-1361. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi174f.pdf>
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F. y Escobar, F. (2020). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista colombiana de anestesiología, 48*(4), pp. 1-21. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Romero, K., Gómez, L., Lowe, G., & Lipps, G. (2019). The relationship between substance use and depressive symptoms among Colombian adolescents. *West Indiana medical journal, 67*(4), pp. 323-327. 10.7727/wimj.2018.143
- Ruiz, A., Méndez, M., Prieto, B., Romano, A., Caynas, S., & Prospero, O. (2010). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud mental, 33*(6), pp. 535-542. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam106h.pdf>



- Salas, B., De San Jorge, X., Beverido, P., & Carmona, Y. (2016). La migración interna de estudiantes universitarios. ¿Un riesgo para el consumo de drogas? *Ciencia UAT*, 10(2), pp. 23-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441944752003>
- Sánchez, P. (2015). Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. *Revista de formación continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia*, 3(2), pp. 80-91. [https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2\\_80-91\\_Trastornos\\_psiqui%C3%A1tricos.pdf](https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_80-91_Trastornos_psiqui%C3%A1tricos.pdf)
- Sani, M. (2010). Drug addiction among undergraduate students of private universities in Bangladesh. *Procedia social behavioral sciences*, 5, pp. 498-501. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.131>
- Scoppetta, O., Castaño, G., Becoña, E., & Restrepo, S. (2020). Exploración psicométrica sobre deficiencia motivacional en consumidores de marihuana. *Interdisciplinaria*, 37(1), pp. 1-17. <http://dx.doi.org/10.16888/interd.2020.37.1.2>
- Shen, Q., Shi, Y., Zhang, S., Tsamlag, L., Wang, H., Chang, R., Peng, Z., Wang, Y., Shang, M. & Cai, Y. (2019). How involuntary subordination and social support influence the association between self-esteem and depression: moderated meditation model. *BMC psychiatry*, 19, pp. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2330-1>
- Sociedad Española de Psiquiatría (2020). Guía COVIDSAM para la intervención en salud mental durante el brote epidémico de covid 19. <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20GU%C3%8DA%20COVIDSAM.pdf>

- Spalak, S., & Grigoravicius, M. (2006). Consumo de drogas: la construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones*, *14*, pp. 239-242. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943026>
- Spalletta, G., Fagioli, S., Meco, G., Pierantozzi, M., Stefani, A., Pisani, V., Caltagirone, C., Pontieri, F. & Assogna, F. (2013). Hedonic tone and its mood and cognitive correlates in parkinson's disease. *Wiley periodicals, Inc*, *30*, pp. 85-91. <https://search-ebshost-com.consultaremoti.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=84653268&lang=es&site=ehost-live>
- Spitzzer, E., Zuromski, M., Davis, M., Writte, T. & weathers, F. (2018). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters and Acquired Capability for Suicide: A Reexamination Using DSM-5 Criteria. *Suicide and life threatening behaviour*, *48*(1), pp. 105- 115. [10.1111/sltb.12341](https://doi.org/10.1111/sltb.12341)
- Soria, Matías, Rueda, Cisneros, Petrosino, Navarro, Di Marzo y Prospero (2009). Pharmacological enhancement of the endocannabinoid system in the nucleus accumbens Shell stimulates food intake and increases c-Fos expresión in the hypothalamus. *British journal of pharmacology*, *151*(7), pp. 1109-1116. <https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0707313>
- Spear, L.P. (2002). Alcohol's effects on adolescents. *Alcohol Research & Health*, *26*, 287-291. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676689/>
- Sussman, S. & Leventhal, A. (2014). Substance misuse prevention: Addressing anhedonia. *New Directions for Youth Development*, *10*, 45–56. <https://doi.org/10.1002/yd.20085>
- Treadway, M. T., Buckholtz, J. W., Schwartzman, A. N., Lambert, W. E., & Zald, D. H. (2009). Worth the 'EEfRT'? The effort expenditure for rewards. <https://doi.org/10.1002/yd.20085>

- Tiburcio, M., Rosete, M., Natera, G., Martínez, N., Carreño, S. & Pérez, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Revista adicciones*, 28(1), pp. 19-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289144321003>
- Trujillo, M., Santacana, M., & Gómez, A. (2007). Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Adicciones*, 19(2), 179-190. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.315>
- Urday, F., Gonzáles, C., Peñalva, L., Pantigoso, E., Cruz, S., & Pinto, L. (2019). Percepción de riesgos y consumo de drogas en estudiantes universitarios de enfermería, Arequipa, Perú. *Enfermería actual de Costa Rica*. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33416>
- van Nimwegen, L., de Haan, L., van Beveren, N., van den Brink, W. & Linszen, D. (2005). Adolescence, schizophrenia and drug abuse: a window of vulnerability. *Acta psychiatrica scandinavica*, 111(427), pp. 35-42. <https://search-ebscobhost-com.consultaremota.upb.edu.co/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=16954338&lang=es&site=ehost-live>
- Vega, J. & Alvarado, T. (2019). Factores psicosociales que intervienen en el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes. *Atención familiar*, 26(2), pp. 63-67. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.2.68827>
- Volkow, N. & Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: relevance to prevention and treatment. *The American journal of psychiatric*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101174>
- Wise, R. (2002). Brain Reward Circuitry: Insights from Unsensed Incentives. *Neuron*, 36(2), pp. 229-240. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627302009650>

World Health Organization, (2010). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (ASSIST).

[https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf?ua=1)

## **Anexos**

### **Anexo 1. Consentimiento informado**

#### **Consentimiento Informado**

El estudio titulado “Diferencia de tono hedónico en estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso”, corresponde al proyecto de grado de la estudiante de psicología Laura Garcés Ortiz (ID: 291552), el cual se hará bajo la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, en la cual se cataloga esta investigación con riesgo mínimo.

#### **Justificación**

En la actualidad el consumo de drogas de abuso se ha convertido en una problemática alarmante para la salud pública debido a que el inicio del consumo se da en edades cada vez más tempranas. Considerando que el consumo de alcohol y de otras drogas durante la adolescencia puede alterar el desarrollo neurológico normal del cerebro, dicha acción podría tener un importante impacto a nivel psicológico y comportamental. Adicionalmente, diversas investigaciones han demostrado que los factores asociados al consumo son la baja autoestima, malas estrategias de afrontamiento y déficit en las habilidades sociales. Coherente a lo anterior, con frecuencia las drogas son usadas como mitigadores de dichas situaciones que afectan la calidad de vida de las personas; considerando que la pérdida de la capacidad para experimentar placer (anhedonia) puede estar asociada al consumo de drogas de abuso, y el mismo estar regulado por el grado de habilidad para experimentar placer (tono hedónico), la presente investigación busca comparar el tono hedónico de universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso. Lo anterior, con miras a buscar indicadores que puedan favorecer la elaboración de campañas preventivas, así como de planes de intervención.

#### **Procedimiento**

Inicialmente, leerá atentamente el consentimiento informado y si usted acepta participar en esta investigación, dicho documento será debidamente diligenciado. Posterior a esto, se entregará un cuestionario sociodemográfico en el cual se preguntará información general y sobre la conducta de consumo; seguido a esto se le aplicarán tres instrumentos: The Snaith-Hamilton Pleasure

Scale (SHAPS), Anticipatory and consummatory interpersonal pleasure scale (ACIPS) y The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), este último se aplicará por medio de una entrevista.

1. SHAPS: es una escala que estima el grado en que una persona puede experimentar placer o anticipar una experiencia placentera; así mismo el instrumento, valora cuatro dominios hedónicos, que son: intereses/pasatiempos, interacción social, experiencia sensorial y, comidas y bebidas. En la validación en español, la consistencia interna es moderada, con un alfa de cronbach de 0.77.
2. ACIPS: es un instrumento que estima una medida indirecta de la anhedonia social. Esta escala puede ser aplicada a pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos, permitiendo una medida dimensional dado que la puntuación que arroja diferencia a la población. La puntuación total de la escala permite identificar anhedonia y la retracción social, así como conexión social, placer anticipatorio y consumatorio, y las recompensas prosociales. La consistencia interna muestra un alfa ordinal de 0.92.
3. ASSIST: es una prueba que evalúa y detecta el consumo de distintas sustancias como: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos, entre otras drogas. Dado que este instrumento fue validado en varios países, su confiabilidad es aceptable según las escalas, tabaco (alfa de 0.83), alcohol (alfa de 0.76) y marihuana (alfa de 0.73).

### **Beneficios**

Su participación en esta investigación traerá beneficios para el conocimiento y la comprensión del estudio sobre los niveles de habilidad para experimentar placer (tono hedónico) y su relación con el consumo de drogas de abuso en jóvenes universitarios consumidores y no consumidores.

### **Derecho a retirarse del estudio**

Su participación en este estudio es voluntaria, por lo tanto, puede retirarse en cualquier momento. Sin embargo, la información obtenida hasta ahí seguirá formando parte de la investigación a menos que usted solicite que su identificación e información sea borrada.

### **Reserva de información y secreto**

La información recolectada en el presente estudio se guardará bajo estricta confidencialidad (ley 1090 del 2006), la información personal que se obtendrá en el curso de este estudio permanecerá en secreto y sólo será conocida por el equipo de investigación. Su identidad no será revelada por ningún motivo y para garantizar esto, se proporcionará un código a cada encuesta que reemplazará su nombre.



### **Declaración del consentimiento**

Aseguro, que he recibido explicaciones sobre este proyecto en términos sencillos que me ha permitido comprender, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy de acuerdo en participar en el estudio, con la condición de que en cualquier momento tengo la libertad de retirarme de la investigación y que mi nombre o identificación no aparecerá en publicaciones que se hagan.

En constancia,

- Acepto voluntariamente a participar en el presente proyecto.
- No acepto voluntariamente a participar en el presente proyecto.

### **Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico**

	<b>Cuestionario Sociodemográfico</b>	<b>Cód.</b> <b>Participante:</b> _____	 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>Accreditación Institucional          ALTA CALIDAD • MULTICAMPUS          Resolución 12532 del 01 de febrero de 2010 - E. 2010</small>
-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Información del proyecto**



El presente cuestionario sociodemográfico hace parte del proyecto de grado “Diferencia de tono hedónico entre estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso”; este estudio focaliza su abordaje en la pérdida de habilidad para sentir placer (anhedonia), como una variable asociada al consumo de drogas de abuso y que el mismo, podría estar regulado por el grado de habilidad para sentir placer (tono hedónico). En este sentido, esta investigación busca comparar el tono hedónico de jóvenes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso.

### **Instrucción**

A continuación, responderá una serie de preguntas sobre sus datos personales, antecedentes diagnósticos o condiciones de salud relevantes.

Nombre completo:		Sexo:	M	F
Edad:	Fecha de nacimiento:			
Universidad:	Facultad:	Semestre:		
Se encuentra pasando el confinamiento/cuarentena:				
Solo (a) <input type="checkbox"/> Con uno o dos familiares o amigos <input type="checkbox"/> Con tres o más familiares o amigos <input type="checkbox"/>				
¿Presenta o ha presentado el diagnóstico de alguna de las siguientes condiciones?				
Depresión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Abuso de sustancias: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Otros: _____				
¿Se encuentra en tratamiento psiquiátrico o neurológico?				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Otros: _____				
¿Toma algún medicamento controlado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				
Ultima fecha de consumo: _____				
Consumo o ha consumido en las dos últimas horas sustancias como:				
Tabaco: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alcohol: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marihuana: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Cocaína: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sedantes o pastillas para dormir: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Energizantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Otros: _____				

### Anexo 3. Escala de placer SNAITH-HAMILTON para anhedonia (SHAPS)

	<b>ESCALA DE PLACER SNAITH-HAMILTON PARA ANHEDONIA (SHAPS)</b>	Cód. Estudio: _____	 Universidad Pontificia Bolivariana Acreditación Institucional ALTA CALIDAD - MULTICAMPUS
Fecha: _____			

#### INSTRUCCIÓN:

Lea las siguientes oraciones y marque con una “X” la respuesta que mejor lo describa, de acuerdo con el agrado o las sensaciones placenteras que usted ha experimentado durante los últimos siete días.



Si presenta alguna duda sobre las preguntas puede aclararlas con la persona encargada de la aplicación del cuestionario.

--	--	--	--	--	--



	<b>ÍTEM</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1	Disfruto de mi programa favorito de radio o televisión.				
2	Disfruto estar con mi familia o amigos.				
3	Disfruto mis pasatiempos.				
4	Disfruto de mi comida favorita.				
5	Disfruto de un baño caliente o refrescante.				
6	Me causa placer percibir el aroma de las flores, de la brisa o del pan recién hecho.				
7	Disfruto ver otras personas sonreír.				
8	Disfruto el verme bien cuando trato de cuidar mi apariencia.				
9	Disfruto leer un libro, una revista o un periódico.				
10	Me resulta muy agradable el tomar una taza de café, de té o de mi bebida favorita.				
11	Me produce placer el fijarme en pequeños detalles como un día soleado o una llamada telefónica de un amigo.				
12	Disfruto un paisaje o una vista hermosa.				
13	Disfruto el poder ayudar a otros.				
14	Disfruto cuando otras personas me halagan.				

#### Anexo 4. Escala de placer interpersonal anticipatorio y consumatorio (ACIPS)

	<p align="center"><b>ESCALA DE PLACER INTERPERSONAL ANTICIPATORIO Y CONSUMATORIO (ACIPS)</b> (Gooding, Fonseca-Pedrero, Albeniz, Ortuño-Sierra &amp; Paino, 2016).</p>	<p>Cód. Estudio: _____ Cód. Sujeto: _____</p>	 Universidad Pontificia Bolivariana <small>Accreditación Institucional ALTA CALIDAD • MULTICAMPUS Por el M.E. 11222 del 10 de febrero de 2010</small>
Fecha: _____			



**INSTRUCCIÓN:** Lea cada afirmación cuidadosamente y decida qué grado de verdad tienen para usted en general. En el caso de que nunca haya tenido la experiencia descrita, piense en la experiencia más parecida que haya tenido y marque la opción que más se aproxime. No se preocupe acerca de ser totalmente coherente en todas sus respuestas. Elija entre las siguientes seis opciones de respuesta e indique su respuesta en el espacio a la derecha de cada ítem. 1 = Totalmente falsa para mí; 2 = Moderadamente falsa para mí; 3 = Ligeramente falsa para mí; 4 = Ligeramente verdadera para mí; 5 = Moderadamente verdadera para mí; 6 = Totalmente verdadera para mí. Por favor responda a todas las afirmaciones. Muchas gracias por su colaboración.

	ÍTEM	Totalmente falsa para mí	Moderadamente falsa para mí	Ligeramente falsa para mí	Ligeramente verdadera para mí	Moderadamente verdadera para mí	Totalmente verdadera para mí
1	Estoy deseando ver a la gente cuando voy de camino a una fiesta o a quedar con otras personas.						
2	Disfruto mirando fotografías de mis amigos y familia.						
3	Realmente no me gustan las reuniones familiares o las tertulias ( <i>reuniones con otras personas</i> ).						
4	Disfruto bromeando y hablando con un amigo o un compañero de trabajo.						

5	Una buena comida siempre tiene mejor sabor cuando comes con un amigo cercano.						
6	Me gusta cuando la gente llama o manda mensajes de texto sólo para decir hola.						
7	Cuando algo bueno me pasa, no puedo esperar a compartirlo con otros.						
8	Si conociera un grupo donde las personas compartieran los mismos intereses que yo, estaría interesado en unirme a ellos.						
9	Disfruto viendo películas sobre la amistad o relaciones con mis amigos.						
10	Me imagino que sería muy divertido ir de vacaciones con un amigo o alguien a quien amas.						
11	Valoro mucho cuando me invitan a quedar con gente que conozco después del colegio o del trabajo.						
12	Estoy feliz cuando veo un amigo o alguien a quien amo que no he visto en mucho tiempo.						
13	Disfruto haciendo actividades grupales, como ir a eventos deportivos o conciertos con mis amigos.						
14	Me gusta ver mis programas favoritos de televisión con mis amigos.						
15	Me emociono cuando un amigo que no he visto en un tiempo me llama para hacer planes.						

16	Me gusta hablar con otros mientras espero en una fila.						
17	Disfruto cuando charlo con un amigo sobre cosas importantes.						

### Anexo 5. Prueba de detección de consumo de alcohol, Tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

	<b>Prueba de detección de consumo de alcohol, Tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)</b>	<b>Cód. Estudio:</b> _____ <b>Cód. Sujeto:</b> _____	 <b>Universidad Pontificia Bolivariana</b> <small>Acreditación Institucional ALTA CALIDAD - MULTICAMPUS</small>
<b>Fecha:</b> _____			

#### INSTRUCCIÓN:

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta investigación, no se registrarán las medicinas que han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

No se preocupe por contarme esta información, tenga la seguridad de que todo lo que usted me comente será estrictamente confidencial.

<b>PREGUNTA 1   A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)</b>		
<b>a</b> Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
<b>b</b> Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
<b>c</b> Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
<b>d</b> Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
<b>e</b> Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
<b>f</b> Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
<b>g</b> Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
<b>h</b> Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
<b>i</b> Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
<b>j</b> Otras, especifique: _____	No	Sí
<p>Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"            Si la respuesta es <b>negativa para todas</b> las preguntas, <b>detenga la entrevista</b>.            Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.</p>		

## Anexo 6. Mensaje de divulgación del protocolo

Hola, mi nombre es Laura Garcés, soy estudiante de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y actualmente me encuentro realizando un estudio titulado “Diferencia de tono hedónico en estudiantes universitarios consumidores y no consumidores de drogas de abuso”, con el cual busco optar al título de psicóloga. Esta investigación requiere de la colaboración de estudiantes universitarios mayores de edad (de los 18 a los 26 años), que se encuentren realizando un pregrado en las distintas universidades de Bucaramanga y su área metropolitana. Si accede a participar, por favor diríjase al enlace, allí encontrará información detallada del propósito de la investigación, consentimiento informado, ficha sociodemográfica e instrumentos a diligenciar. ¡Muchas gracias por su ayuda!

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdY3MsMW\\_3bfwsz6P-L11OY0Td0BNHrj099F9oH50w3Jv7xQQ/viewform?vc=0&c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdY3MsMW_3bfwsz6P-L11OY0Td0BNHrj099F9oH50w3Jv7xQQ/viewform?vc=0&c=0&w=1)

## Anexo 7. Tabla 1

**Tabla 1**

Características sociodemográficas de la muestra

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	29	63%
Masculino	17	37%
Edad		
18	3	7%
19	6	13%
20	6	13%
21	6	13%
22	11	24%
23	6	13%
24	4	9%
25	3	7%

	26	1	2%
Universidades			
	Publica	4	8.7%
	Privada	42	91,3
Semestre			
	I	0	0%
	II	1	2%
	III	3	7%
	IV	3	7%
	V	4	9%
	VI	0	0%
	VII	4	9%
	VIII	6	13%
	IX	5	11%
	X	17	37%
	XI	2	4%
	XII	1	2%
Carrera			
	Diseño gráfico	1	2%
	Ingeniería	2	4%
	Psicología	12	26%
	Ingeniería Industrial	6	13%
	Derecho	3	7%
	Administración de negocios internacionales	2	4%
	Ingeniería ambiental	2	4%
	Ciencias políticas y gobierno	1	2%
	Comunicación social	1	2%
	Ingeniería eléctrica y electrónica	2	4%
	Ingeniería civil	3	7%
	Ingeniería mecánica	1	2%
	Criminalística	1	2%
	Artes audiovisuales	1	2%
	Ciencias Humanas	2	4%
	Economía	2	4%
	Química	1	2%
	Medicina	1	2%
	Administración de empresas	1	2%
	Ingeniería de sistemas	1	2%
Aislamiento social			
	Solo (a)	2	4%
	Con uno o dos familiares o amigos	24	52%

Con tres o más familiares o amigos                      20                      43%

---

### Anexo 8. Sumatoria de puntuaciones de sustancias

¿Qué significa la puntuación de sustancias específicas?		
	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo bajo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Riesgo alto	27+	27+

### Anexo 9. Intervalos según el nivel de riesgo de consumo de drogas.

Intervalos según el nivel de riesgo de consumo de drogas
A) Puntuación de riesgo para tabaco (de 0 a 31)
B) Puntuación de riesgo para alcohol (0-39)
C) Puntuación de riesgo para cannabis (0-39)
D) Puntuación de riesgo para cocaína (0-39)
E) Puntuación de riesgo para estimulantes tipo anfetamina (0-39)
F) Puntuación de riesgo para inhalantes (0-39)
G) Puntuación de riesgo para sedante (0-39)
H) Puntuación de riesgo para alucinógenos (0-39)
I) Puntuación de riesgo para opiáceos (0-39)
Puntuación de riesgo para otras drogas (0-39)

### Anexo 10. Tabla 5

**Tabla 5**

*Comparaciones entre los puntajes en la escala SHAPS y ACIPS de consumidores (24) y no consumidores de drogas ilícitas (22).*

Variable	Estadístico	P	No consumidores	Consumidores
SHAPS-Total	Mann-Whitney U=213,0	0,257	Q1=3	Q1=2
			Q2=4	Q2=3
			Q3=21	Q3=4
SH-IS	Mann-Whitney U=184,5	0,073	Q1=3	Q1=2
			Q2=4	Q2=3



				Q3=5	Q3=4
SH-ES	Mann-Whitney U=179,0	0,057		Q1=3 Q2=4 Q3=8	Q1=2 Q2=3 Q3=4
SH-IP	Mann-Whitney U=224,0	0,365		Q1=3 Q2=4 Q3=4	Q1=2 Q2=3 Q3=4
SH-SC	Mann-Whitney U=186,0	0,078		Q1=3 Q2=3,5 Q3=5	Q1=2 Q2=3 Q3=4
ACIPS-Total	T-Student t=0,562	0,577		$\bar{X}$ =79,955 DE=11,874 EE=2,532	$\bar{X}$ =78,042 DE=11,204 EE=2,287
AC-IS	T-Student t=1,006	0,32		$\bar{X}$ =49,909 DE=4,515 EE=0,962	$\bar{X}$ =48,125 DE=7,104 EE=1,45
AC-VS	T-Student t=0,741	0,463		$\bar{X}$ =27,136 DE=5,549 EE=1,183	$\bar{X}$ =25,875 DE=5,966 EE=1,218
AC-IG	Mann-Whitney U=209,5	0,233		Q1=11 Q2=14 Q3=16	Q1=6 Q2=13 Q3=15

Nota: SH-IS representa el dominio de interacción social de la escala SHAPS; SH-ES, representa experiencia sensorial de la escala SHAPS; SH-IP, representa interese y pasatiempos de la escala SHAPS; SH-SC, representa satisfacción por comidas y bebidas de la escala SHAPS. AC-IS representa el dominio de interacción social íntima del instrumento ACIPS; AC-VS, representa el dominio de vinculación social en el contexto de los medios del instrumento ACIPS; y AC-IG, representa el dominio de interacción grupal del instrumento ACIPS. La N representa en número de personas consumidoras y no consumidoras. Por otra parte DE representa la desviación estándar y EE, el error estándar.

## Anexo 11. Tabla 6

**Tabla 6**

Comparación entre los puntajes del SHAPS y el ACIPS con tipos de droga ilícita

Variable	Prueba	P	No consumidores	Consumidores
SH-ES y Cannabis	Mann-Whitney U=367,0	0,019	N=25 Q1=3	N=21 Q1=2

			Q2=4*	Q2=3
			Q3=8	Q3=4
ACIPS Total y Cocaína	T-Student $t=2,093$	0,042	N=40 $\bar{X}=80,275$ DE=10,834 EE=1,713	N=6 $\bar{X}=70,167^*$ DE=12,481 EE=5,095
AC-VS y cocaína	T-Student $t=2,578$	0,013	N=40 $\bar{X}=27,275$ DE=5,538 EE=0,876	N=6 $\bar{X}=21,167^*$ DE=4,309 EE=1,759
AC-IG y Cocaína	T-Student $t=3,204$	0,003	N=40 $\bar{X}=13,025$ DE=3,958 EE=0,626	N=6 $\bar{X}=7,15^*$ DE=3,782 EE=1,544
AC-IS y Alucinógenos	T-Student $t=-2,219$	0,032	N=39 $\bar{X}=48,179^*$ DE=6,039 EE=0,967	N=7 $\bar{X}=53,429$ DE=3,553 EE=1,343
AC-VS y Opiáceos	T-Student $t=2,587$	0,013	N=43 $\bar{X}=27,023$ DE=5,444 EE=0,83	N=3 $\bar{X}=18,667^*$ DE=4,619 EE=2,667
AC-IG y Opiáceos	Mann-Whitney U=120,50	0,013	N=43 Q1=11 Q2=14 Q3=16	N=3 Q1=4,3 Q2=5* Q3=5,8

Nota: SH-ES, representa experiencia sensorial de la escala SHAPS. AC-IS representa el dominio de interacción social íntima del instrumento ACIPS; AC-IG, representa el dominio de interacción grupal del instrumento ACIPS, y AC-VS, representa el dominio de vinculación social en el contexto de los medios del instrumento ACIPS. La N representa el número de personas consumidoras y no consumidoras. Por otra parte DE representa la desviación estándar y EE, el error estándar.