



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA:  
CARACTERIZACIÓN DE LA MENTALIZACIÓN EN POBLACIÓN GENERAL  
DE ADOLESCENTES CON Y SIN CONSUMO EN RIESGO DE SUSTANCIAS**

**POR:**

**ADOLFO IGNACIO ROMÁN MORAGA**

**DOCENTE GUÍA: SR. JAVIER MORÁN KNEER**

**Valparaíso abril, 2017**

*A la Ana joven, por fundar un proyecto*

*A la Anita, por hacer lo posible para llevarlo a cabo.*

## **Agradecimientos**

Agradezco profundamente al Liceo INSUCO de Valparaíso, en particular a Carlos Olguín, Eduardo Valdebenito, inspectores de cada nivel, inspectores de patio y profesores. Al grupo humano del Centro de Tratamiento de Adolescentes del Hospital Dr. Gustavo Fricke, Natalia, Alejandro, Eugenio, Vanesa, Skarlet, Emilio y Dami.

A Thom, Jonny, Ed, Colin, Phil y Nigel, por la compañía entregada en este proceso.

A Bárbara, por su amistad.

A Ivonne por su preocupación, amistad y consejo.

A la profesora Liliana Contreras por su ayuda y consejos.

Finalmente, a mi profesor guía Javier Morán, para quien las palabras de gratitud se me hacen pocas. Gracias por su apoyo, comprensión, paciencia y confianza para poder llevar a cabo este trabajo de titulación.

## ÍNDICE

<b>1. Planteamiento del problema .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Objetivo General .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Hipótesis .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Marco Teórico.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1. Mentalización .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1.1. Desarrollo temprano de la mentalización.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1.2. Tipos prementalizadores .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.2.1. Modo como si .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.2.2. Modo de equivalencia psíquica.....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.2.3. Modo teleológico .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.3. Aspectos de la mentalización .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.3.1. Mentalizar .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.3.2. No mentalizar .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.3.3. Hipermentalizar .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.3.4. Hipomentalizar .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1.4. Dimensiones de la mentalización.....</b>	<b>12</b>
<b>4.1.4.1. Automática (implícita) – Controlada (explícita).....</b>	<b>12</b>
<b>4.1.4.2. Focalización interna – Focalización externa .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1.4.3. Orientada hacia el yo – Orientada hacia los otros.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.4.4. Cognitiva – Emocional .....</b>	<b>13</b>

4.1.5. Fallas en la mentalización .....	14
4.2. Consumo de sustancias en la adolescencia .....	15
4.2.1. Definición sustancias .....	15
4.2.2. Clasificación de consumo .....	16
4.2.3. Factores de riesgo para el consumo de sustancias.....	19
5. Diseño de investigación .....	22
5.1. Tipo de estudio.....	22
5.2. Población y muestra .....	22
5.3. Procedimientos.....	23
5.4. Procedimientos y consideraciones éticas de la investigación.....	24
5.5. Instrumentos .....	25
5.5.1. Movie for Assessment of Social Cognition (MASC).....	25
5.5.2. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ..	26
5.5.4. International Personality Disorders Examination (IPDE) .....	26
5.5.5. Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ) .....	27
5.6. Procedimiento de análisis.....	27
6. Resultados .....	29
6.1. Característica de sociodemográficas de la muestra.....	29
6.1.1. Análisis de consumo de sustancias .....	30
6.1.1.1. Análisis por sexo .....	31
6.1.1.2. Análisis consumo por cursos.....	33
6.2. Análisis de mentalización.....	35
6.2.1. Diferencias entre grupo con consumo en riesgo y grupo con riesgo bajo ...	35

6.2.2. Comparación por sexo.....	36
6.2.3. Comparación por depresión .....	37
6.2.4. Comparación por estrés .....	38
6.2.5. Comparación por ansiedad.....	39
6.2.6. Comparación por rasgos de trastorno de la personalidad límite.....	40
6.2.7. Comparación por apego.....	41
6.2.7.1. Cooperación .....	42
6.2.7.2. Disponibilidad .....	43
6.2.7.3. Enojo.....	44
7. Discusión.....	46
8. Conclusiones.....	51
9. Referencias .....	54
10. Anexos.....	61
10.1. MASC hoja de respuestas .....	61
10.2. ASSIST 3.0 .....	62
10.3. DASS-21.....	64
10.4. IPDE.....	65
10.5. AAQ .....	66
10.6. Consentimiento Informado.....	67
10.7. Asentimiento Informado .....	70

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 2.....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 3.....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 4.....</b>	<b>32</b>
<b>Figura 5.....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 6.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 7.....</b>	<b>34</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> .....	<b>35</b>
<b>Tabla 2</b> .....	<b>37</b>
<b>Tabla 3</b> .....	<b>38</b>
<b>Tabla 4</b> .....	<b>39</b>
<b>Tabla 5</b> .....	<b>40</b>
<b>Tabla 6</b> .....	<b>41</b>
<b>Tabla 7</b> .....	<b>43</b>
<b>Tabla 8</b> .....	<b>44</b>
<b>Tabla 9</b> .....	<b>45</b>

## Resumen

Este estudio evaluó si en adolescentes que presentan un patrón de consumo perjudicial de sustancias, se ve afectada la mentalización en comparación con aquellos adolescentes que no presentan dicho patrón.

Se considera importante estudiar a la población de adolescentes, ya que en esta etapa del desarrollo se dan procesos de poda y mielinización cerebral, a nivel general y con ello circuitos relacionados con la mentalización. Además, que es en esta etapa donde también se comienza el consumo de sustancias o emergen los factores de riesgo para su utilización.

Dado que la mentalización, está relacionada con factores emotivos y cognitivos se consideró no solo el consumo de sustancias y la mentalización, sino que incluir otras variables clínicas y psicológicas que según lo reportado en la literatura podrían influir en esta capacidad, tales como depresión, ansiedad, estrés, trastorno de la personalidad límite y apego.

Para evaluar se ocuparon los siguientes test o screening: mentalización, Movie for Assessment of Social Cognition (MASC), depresión, ansiedad y estrés DASS-21, evaluación de apego, AAQ, trastorno de la personalidad límite, IPDE (subescala) y para consumo de sustancias ASSIST V3.0. La muestra total fue de 66 adolescentes, 28 hombres y 38 mujeres, pertenecientes a un liceo de la Región de Valparaíso, a los que se les aplicó la batería completa en una sesión.

Los resultados no fueron concluyentes, ya que en casos aislados se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables. No obstante, se encontraron indicios que esta relación podría estar presente, principalmente la relación estrés-apego-mentalización-consumo de sustancias, lo cual presenta una base para seguir estudiando dicha relación.

Palabras claves: mentalización, adolescentes, consumo de sustancias, apego, depresión, MASC.

## **1. Planteamiento del problema**

Según el reporte de Naciones Unidas del año 2015, alrededor de 246 millones de personas entre los 15 y 64 años consumieron alguna droga ilícita el año 2013, o sea, 1 de cada veinte personas en el mundo. Dentro del grupo que presentó consumo, 1 de cada 10 personas cumple con los criterios de consumo problemático. La OMS sitúa al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales dentro de las primeras 20 causas de riesgo para la salud (OMS, 2010).

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2018 (CONACE, 2009), considera que el país está afecto a los problemas que trae consigo el consumo de sustancias, no sólo en términos de salud, sino también proyecto de vida, delincuencia y la familia. De acuerdo a lo señalado en el Décimo primer estudio de drogas en población general (Senda, 2015), el consumo de marihuana, cocaína, alcohol y pasta base de cocaína aumentaron su prevalencia en comparación con la entrega de resultados anterior.

De manera específica, algunos autores (Espada, Botvin, Griffin & Méndez, 2003; Espada, Morales y Orgilés, 2012) han señalado que la adolescencia es un momento relevante para el estudio del consumo de drogas debido a los efectos que éste tiene sobre diversas áreas que se viven de forma crítica durante este periodo transicional. Sabemos que los jóvenes se enfrentan a una gran cantidad de cambios en distintas áreas que van desde la corporalidad, la identidad las relaciones familiares y pares, así como también a nivel cognitivo y emocional (Gómez-Maquet, 2007). Esta etapa crítica se caracteriza entonces, por diversos desafíos para los adolescentes en cuanto a su contexto social y las demandas de convertirse en adultos, las que abren la puerta a vulnerabilidades como problemas afectivos, toma de decisiones

riesgosas, desórdenes alimentarios o, tal como se abordará en este estudio, abuso de sustancias (Steinberg, Dahl, Keating, Kupfer, Masten & Pine, 2006).

Existen diversas razones que hacen relevante el estudio del consumo de drogas y sus efectos en población adolescente. Por un lado la literatura ha reportado diversas consecuencias en distintos ámbitos de la vida de los jóvenes, tales como: disminución de rendimiento académico, problemas con la familia, episodios psicóticos (Caudevilla, 2010), aumento de la probabilidad de conductas antisociales (López & Costa Junior, 2008), conducta sexual temprana, embarazos no deseados, contagio de ETS (Espada, Morales y Orgilés 2012), menor capacidad para controlar impulsos, menor ajuste conductual (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2006), problemas de memoria (Rojo, Pedrero, Ruiz, Llanero, Puerta, 2012; Álvarez, Castellano, Rivas, Sánchez, Cano, Sevillano, 2015) y motivación (Del Bosque, Fernández, Sánchez, Díaz, Gutiérrez, Mairena, ... & Nanni, 2013), entre otros. Desde una perspectiva sanitaria, el consumo de sustancias es un factor de riesgo adicional para la población adolescente, ya que se ha demostrado efectos directos del consumo en los importantes cambios neurobiológicos y psicosociales que caracterizan esta etapa del desarrollo. Además, los efectos del consumo aumentan la probabilidad de accidentes tanto individuales como involucrando a terceros y, por último, traen problemas económicos para el grupo familiar (Minsal, 2013).

Por otro lado, en nuestro país, el fenómeno del consumo de drogas en este grupo etario ha mostrado un aumento preocupante durante los últimos años, en comparación con los datos entregados en el reporte anterior. Así, de acuerdo a Senda (2015), entre los 12 y 18 años se observó un aumento de la prevalencia del consumo de 7,1% al 11,3% en el caso de marihuana, de 0,3% a 1,6% para cocaína; de 0,2% a 0,3% para pasta base de cocaína y de 18,1% a 22,9% para alcohol. Es importante recalcar que la edad de consumo es considerada

a partir de los 12 para este estudio, se ha reportado que el inicio del consumo que se podría ocurriendo antes de aquella edad, entre los 10 años incluso (Gaete, Olivares, Rojas-Barahona, Rengifo, Labbé, Lepe, ... & Chen, 2016).

Junto con los cambios a nivel psicosocial ya descritos, la adolescencia es un momento igualmente crítico en términos biológicos, debido a que el cerebro vive uno de sus momentos más convulsionados. Durante esta etapa se produce un proceso de poda (Blakemore & Choudhury, 2006) y mielinización neuronal, que tienen efecto sobre el funcionamiento de áreas subcorticales relacionadas con los circuitos de recompensa-castigo y la respuesta al placer, tales como, la amígdala y el núcleo *accumbens* (Steinberg et al. 2006). Así como también la corteza órbita-frontal, estructura relacionada con el control y funciones ejecutivas (Fernández-Duque, 2008). Las áreas antes mencionadas son altamente sensibles al ambiente (OMS 2004) que viven un proceso de cambio, coinciden con los circuitos de funciones que la literatura ha señalado como mentalización, entendiendo ésta como la capacidad de reconocer estados mentales intencionales de otras personas y los propios (Fonagy & Bateman, 2012), núcleo del funcionamiento social y la autorregulación (Bouchard, Target, Lecours, Fonagy, Tremblay, Schachter & Stein, 2008). Esta función, fuertemente arraigada en las relaciones tempranas de apego y compuesta tanto por elementos cognitivos como emocionales ha demostrado ser un elemento fundamental en el desarrollo, responsable de la regulación de los afectos y la organización del sí mismo (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Las fallas mantenidas en su funcionamiento - hipomentalización e hipermentalización para fines de este estudio (Dziobek, Fleck, Kalbe, Rogers, Hassenstab, Brand... & Convit, 2006) - han demostrado estar a la base del desarrollo de psicopatología (Fonagy & Luyten, 2011). En el caso de los adolescentes, por ejemplo, Rossouw y Fonagy (2012) han señalado que cuando la mentalización está comprometida, los pensamientos acerca del sí mismo se

viven con gran intensidad, trayendo problemas de autocontrol y eventualmente llevan a la necesidad de autolesionarse o depresión entre otros.

El normal funcionamiento de la mentalización, por el contrario, se ha asociado a la presencia de factores protectores que permiten hacer frente al riesgo a lo largo del desarrollo (Hauser, et al, 2006).

Allen, Bateman y Fonagy (2008), han señalado que el consumo de sustancias inhibe el normal funcionamiento de los procesos de mentalización al actuar sobre los circuitos dopaminérgicos de recompensa, cuya activación ha demostrado que tiene efectos inhibitorios sobre el funcionamiento de la corteza prefrontal, parietal medial y cingulada anterior. De esta manera, el uso prolongado de sustancias mantiene la activación de este circuito inhibitorio de la mentalización (Philips, Kahn & Bateman, 2012) favoreciendo el desarrollo de conductas tales como un bajo control de impulsos o la capacidad para postergar recompensas (Fonagy & Bateman, 2006), y potenciaría recursivamente la mantención del mismo consumo, en tanto se transforma en una estrategia que no sólo busca el placer sino también, la regulación del afecto (Söderström & Skårderud, 2009). Dicho de otra forma, el consumo prolongado de drogas afectaría la capacidad de mentalización, lo que a su vez mantendría el consumo y favorecería el desarrollo de otras conductas de riesgo y psicopatología.

Lo anteriormente planteado visibiliza lo importante de estudiar la mentalización y su relación con el consumo problemático de sustancias en una población tan sensible como la adolescente. Si bien existe literatura que reporta una relación entre una mentalización disminuida y el consumo de sustancias en población adulta (Bosco, Capozzi, Colle, Marostica & Tirassa, 2014), esta relación no ha sido establecida en adolescentes, momento que, tal como ha sido señalado, puede ser concebido como crítico en el desarrollo humano.

Así, este estudio pretende dar cuenta si dicha relación se observa en este grupo etario y, de manera específica, si existen diferencias en la mentalización entre adolescentes que presentan consumo en los últimos 12 meses y aquellos no. Adicionalmente, en esta investigación se considerarán las siguientes variables que han demostrado en otros estudios estar fuertemente asociadas a la mentalización, a saber: trastorno de la personalidad límite (Fonagy & Bateman, 2006), depresión (Haslam-Hopwood, Allen, Stein, & Bleiberg, 2006), ansiedad (Strawn, Bitter, Weber, Chu, Whitsel, Adler, ... & Del Bello, 2012) y el apego que es nuclear en la teorización de mentalización. Las variables antes mencionadas, serán utilizada como covariables, para evaluar, si efectivamente la mentalización logra explicar diferencias entre los grupos evaluados más allá de la presencia de estas variables.

La relevancia de esta investigación radica en la posibilidad de contribuir a la incorporación de una variable importante, pero poco estudiada como lo es la mentalización, al fenómeno del consumo de sustancias, en un periodo considerado crítico desde el desarrollo humano y una de las fases más comunes donde se inicia dicho consumo. Se espera, pueda aportar al desarrollo de estrategias de intervención que incorporen la mentalización como una variable potencialmente relevante en éste ámbito.

A partir de lo anterior, el siguiente estudio busca responder a la siguiente pregunta de investigación general:

¿Existen diferencias en la mentalización en adolescentes entre 14 y 18 años que presentan consumo problemático de sustancias respecto a adolescentes de la misma edad que no presentan este tipo de consumo?

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Identificar si existen diferencias en la mentalización en adolescentes entre 14 y 18 años que presentan consumo problemático de sustancias respecto a adolescentes de la misma edad que no presentan este tipo de consumo.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Caracterizar el perfil de mentalización en adolescentes entre 14 y 18 años que no presentan problemas de consumo de sustancias.
2. Caracterizar el perfil de mentalización en adolescente entre 14 y 18 años que presentan problemas de consumo de sustancias.
3. Comparar el perfil de mentalización en adolescentes entre 14 y 18 años que presentan consumo problemático de sustancias respecto a aquellos que no muestran este patrón de consumo.
4. Determinar si existen diferencias en los tipos de mentalización de adolescentes entre 14 y 18 años que presentan consumo problemático de sustancias respecto a aquellos que no muestran este tipo de consumo, considerando covariables clínicas y psicológicas, tales como: sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, sintomatología de estrés, rasgos de personalidad límite y problemas en su relación con sus figuras de apego.

### 3. Hipótesis

1. Se espera que adolescentes con consumo problemático de sustancias, presenten menor mentalización general que aquellos que no presentan este tipo de consumo.
2. Se espera que adolescentes con consumo problemático de sustancias, presenten mayor hipermentalización que aquellos que no presentan este tipo de consumo.
3. Se espera que adolescentes con consumo problemático de sustancias, presenten mayor hipomentalización que aquellos que no presentan este tipo de consumo.
4. Se espera que adolescentes con consumo problemático de sustancias, presenten mayor no mentalización que aquellos que no presentan este tipo de consumo.
5. Se espera que adolescentes con consumo problemático de sustancias, presenten menor mentalización afectiva que aquellos que no presentan este tipo de consumo.
6. Se espera que adolescentes con consumo problemático de sustancias, presenten menor mentalización cognitiva que aquellos que no presentan este tipo de consumo.
7. Se espera que existan diferencias en la mentalización entre ambos grupos de adolescentes al agruparlos según covariables clínicas o psicológicas, tales como: sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, rasgos de personalidad límites, problemas en su relación con sus figuras de apego.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1. Mentalización**

Mentalización es definida por Fonagy, Bateman y Luyten (2012) como, la actividad mental imaginativa que permite, a los humanos, percibir e interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales, tales como necesidades, deseos, sentimientos, creencias, metas, propósitos y razones. Esta capacidad es importante para el desenvolvimiento cotidiano de las personas, ya que permite entender y predecir respuestas dentro de un marco referencial en el cual se dan las interacciones sociales.

Cabe mencionar que la teorización respecto a la mentalización ha tenido varias formulaciones tales como, teoría de la mente o cognición social (Sharp, Pane, Ha, Venta, Patel, Sturek & Fonagy, 2011; Ha, Sharp, Ensink, Fonagy, Cirino, P; 2013), dependiendo del autor y su adscripción teórica. No obstante, son conceptos más o menos homologables que han utilizado muchas veces los mismos instrumentos para su evaluación y estudio, sin caer en problemas de validez de constructo, al usar los instrumentos desarrollados para cada uno. Una de las principales diferencias de la mentalización a los demás constructos, es la inclusión de la idea de “awareness”. Este concepto, que si bien no tienen una traducción directa al español se puede entender como “un estar consciente” o “enfocado hacía” (Allen, 2008), que es permanente e innata en los seres humanos dado por un nivel de activación que permite su funcionamiento (Fonagy & Bateman, 2016).

#### **4.1.1. Desarrollo temprano de la mentalización**

Fonagy & Bateman (2016), plantean que el apego es fundamental para el desarrollo de la mentalización, entendiendo el apego como un sistema de regulación que favorece el

desarrollo temprano de habilidades para regular el estrés, el aprendizaje, las emociones y situaciones nuevas (Lecannelier, 2006). Debido a que mediante las experiencias tempranas los humanos comenzamos a desarrollar las capacidades mentalizadoras, se ha observado que los cuidadores que favorecen el desarrollo de un apego seguro aportan en el autocontrol, y con éste, el desarrollo de la capacidad de coordinar y regular estados internos (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Estos autores, además señalan que, para entender las mentes de los demás es necesario partir por el conocimiento de la propia mente, siempre y cuando haya habido un cuidador que sea contingente con las demandas de los infantes, por tanto, que cuide, sea atento y no amenace. En contraparte, teorizan que, cuando los cuidadores no son contingentes a las demandas de los bebés, esto puede estar a la base de la emergencia de dificultades para la comprensión de estados mentales, lo que puede devenir en psicopatología. Esta es una mirada evolutiva del desarrollo humano que pone en primer lugar la relación con los cuidadores o figuras de apego y como al tener una relación pobre no permite tener habilidades robustas para mentalizar (Bateman & Fonay, 20016).

Además de las relaciones de apego que se establezcan en la primera infancia, Allen (2008) señala que, una condición importante para el desarrollo de una adecuada mentalización es el entorno en el cual se desarrolla, grupo primario o familia. Otro factor que rescata este autor, es cómo las relaciones que nos ayuden a mentalizar, ocupando lenguaje que hable de estados mentales (nombrarlos y reconocerlos) y/o haciendo cambiar el foco de lo que se piensa, mejora también la mentalización. Esto último es basal en los contextos terapéuticos, ya que existen un terapeuta que ayuda a mentalizar algunos aspectos, sin que mejorar las capacidades mentalizadoras, sea un objetivo terapéutico.

#### **4.1.2. Tipos prementalizadores**

Según Fonagy & Bateman (2016), en los primeros meses de vida se dan modos previos de la mentalización que son basales para el desarrollo de la misma. Estos modos son incompletos o en vías de desarrollo. En el caso de existir alguna falla en la mentalización de las personas, éstas vuelven a mentalizar de forma prementalizadora, estos autores plantean las siguientes 3 formas de prementalización:

**4.1.2.1. Modo como si:** Este modo habla de los pensamientos y sensaciones que se alejan de la realidad, como cuando los niños juegan en mundo como si existiera, en adultos, y llevado al extremo, se hace patente en la desrealización o disociación. En el caso de la mentalización, la persona que está mentalizando de esta forma puede llegar a imaginar un mundo rico en estados mentales, pero apartados de la realidad.

**4.1.2.2. Modo de equivalencia psíquica:** Esta modalidad plantea que habría una igualdad entre lo que la persona piensa y siente y lo que ocurre en el mundo. Prevaleciendo lo que la persona piensa, haciendo que su pensamiento se vuelva menos flexible y no permita ser receptivos a lo que terceros le puedan plantear como alternativas. Se considera que este modo de prementalización se da los 20 meses de vida. Este modo tiende hacerse más patente cuando las personas presentan sintomatología post-traumática.

**4.1.2.3. Modo teleológico:** En este modo prementalizador, los estados mentales son reconocidos y creídos sólo si son físicamente observables a través de conductas. Así, se plantea que una persona entenderá una demostración de afecto si ésta tiene un correlato físico de aquello, por ejemplo, una caricia o un abrazo.

### **4.1.3. Aspectos de la mentalización**

La literatura al respecto señala que existen cuatro formas que se dé la mentalización: mentalizar, no mentalizar, hipermentalizar, hipomentalizar.

**4.1.3.1. Mentalizar:** es percibir e interpretar el comportamiento de otros de una buena forma, lo que permite una buena performance social (Bateman, 2008).

**4.1.3.2. No mentalizar:** es la incapacidad de llevar a cabo estos procesos, la literatura al respecto señala que esto es lo que ocurre con las personas con algún diagnóstico del espectro autista, a los que se le dificulta reconocer y expresar en palabras lo que les ocurre a los otros y a sí mismos, en palabras de Fonagy & Bateman (2016), los módulos de la mentalización están inactivos.

**4.1.3.3. Hipermentalizar:** es llevar cabo la mentalización generando explicaciones altamente elaboradas y complejas respecto a las conductas de los otros, lo hace que sean mentalizaciones inexactas (Morey and Meyer, 2014) o como señala Sharp & Venta (2012), podría decirse que es la tendencia adscribir intenciones donde no las hay.

**4.1.3.4. Hipomentalizar:** es hacer una lectura deficitaria o falta de habilidad para reconocer estados mentales propios y de los otros (Sharp & Venta, 2012). Al contrario de no mentalizar, acá está disminuida la capacidad, pero no de una manera tan severa como el caso previamente descrito.

Cabe destacar que las 3 últimas descritas se han señalado como fallas en la mentalización, puesto que no permiten que las personas sean asertivas respecto a los estados mentales tanto propios como ajenos.

#### **4.1.4. Dimensiones de la mentalización**

Finalmente, un aspecto importante para entender de esta capacidad imaginativa es su carácter dinámico, teorizado en cuatro dimensiones las que funcionan en un continuo de un polo a otro, las que se ha encontrado su funcionamiento en algunas estructuras cerebrales específicas Fonagy, Bateman & Luyten (2016) señalan al respecto:

**4.1.4.1. Automática (implícita) – Controlada (explícita):** Los seres humanos tienden a mentalizar de manera automática la mayor cantidad del tiempo, es rápida y no requiere esfuerzo cognitivo, cuando no es así se vuelve lenta y secuencial, además de ser intencionada demanda reflexión. Se ha planteado que la mentalización controlada tiene lugar en el lóbulo frontal principalmente en áreas tales como la corteza prefrontal lateral, la corteza prefrontal medial, corteza lateral y medial parietal y corteza cingulado rostral anterior. Mientras que la mentalización automática toma lugar en el cerebro posterior y estructuras subcorticales tales como la amígdala, ganglios basales, área ventromedial del córtex prefrontal, córtex temporal lateral y el córtex cingulado anterior.

**4.1.4.2. Focalización interna – Focalización externa:** Esta dimensión refiere al foco donde se orienta la mentalización, en términos de deseos, pensamientos o experiencias. Si es hacia el sí mismo, se consideran los propios estados mentales internos; mientras que cuando está orientada hacia los otros, requiere información facial o comportamientos, para entender o

leer la mente de los demás. El área del cerebro que está activa mientras se da esta focalización, es la corteza temporal lateral (Satpute & Lieberman, 2006).

**4.1.4.3. Orientada hacia el yo – Orientada hacia los otros:** Es la dimensión que habla de quien está siendo mentalizado. La mentalización en curso tiene un acceso directo al yo, mientras que la orientada hacia los otros, tiene que buscar en el repertorio de conductas del otro para poder mentalizar. Esta dimensión es la más relacionada con la teoría del apego debido a que existe la persona que mentaliza, ve al otro y luego lo vería dentro del sí mismo para entender que le ocurre. Estos dos polos están ligados a la actividad cortical que toma lugar en la corteza frontoparietal, zona donde se encuentra el sistema de neuronas espejo. Además de zonas de la corteza medial prefrontal, la corteza cingulada anterior y la corteza parietal superior, específicamente en el precúneo.

**4.1.4.4. Cognitiva – Emocional:** El primer polo considera nombrar, razonar y reconocer estados mentales. Mientras que el segundo polo considera en comprender la sensación de los estados mentales. Estos dos polos de la mentalización tienen un correlato neuroanatómico de funcionamiento distintos. La mentalización cognitiva involucra varias áreas de la corteza prefrontal, mientras que la mentalización se da en la corteza prefrontal ventromedial.

Desde esta conceptualización se puede decir que dependiendo del contexto en el que una persona esté llevando a cabo la mentalización, tenderá hacia uno de los polos de 4 estos continuos que se dan de forma paralela.

#### **4.1.5. Fallas en la mentalización**

La mentalización está relacionada, como se ha explicado con anterioridad, con los cuidados recibidos por las personas en sus primeros años de vida, en los contextos de apego; y entendiendo a este último como un mecanismo para regular el estrés. La falta de un cuidador contingente en este periodo sensible podría estar asociado a déficits en la regulación de los afectos en etapas posteriores, pudiendo tener efecto en las capacidades de autorregulación y, adicionalmente, en la capacidad para comprender estados mentales propios y de los otros. Esta falta de regulación se hace presente cuando existe un alto nivel de activación, “arousal” o estrés (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012). Estos autores señalan, además que dado el funcionamiento de la mentalización principalmente toma lugar en la zona frontal del cerebro. Cuando existe un alto nivel de activación, estas zonas parecen desconectarse para dar paso a la activación del cerebro posterior. Generando con esto procesos más automáticos y menos reflexivos, en torno a las situaciones o contextos donde los individuos dejan de mentalizar de manera más controlada.

En relación con las fallas en la mentalización se puede entender que una persona tiende a mentalizar tendiendo a utilizar de manera preferente uno de los polos antes expuestos, lo que convierte su mentalización menos dinámica, lo que lo encerraría en una visión del mundo particular, sin que dé cabida a otras consideraciones. Según reportan varios autores, las fallas en la mentalización están asociadas algunos problemas psicológicos tales como: trastorno de la personalidad límite (Bateman & Fonagy 2004), trastorno de personalidad antisocial (Bateman and Fonagy 2008), desórdenes alimenticios (Skårderud, 2007, en Fonagy, Bateman & Luyten, 2006), entre otros.

Respecto a lo anterior, una teorización importante realizada en torno a la mentalización, llevada a cabo proponen que algunos aspectos del trastorno de la personalidad límite

(Fonagy, Bateman, Allen, 2006; Fonagy & Bateman, 2016), el cual se caracteriza como por ser un patrón de personalidad, dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa (APA, 2014). Desde la conceptualización propone que existen 3 factores nucleares en el trastorno: a) baja capacidad de regulación emocional, b) impulsividad, c) dificultades en las relaciones sociales. Se explica, desde este modelo, que existiría una dificultad para mentalizar de manera adecuada la mente propia y la mente de los demás.

## **4.2. Consumo de sustancias en la adolescencia**

### **4.2.1. Definición sustancias**

La definición de drogas que más se ha utilizado debido a su simpleza y poder explicativo es la dada por Kramer & Cambron (1975), la cual conceptualiza a las drogas como, “toda sustancia que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central” dado que sus principios farmacológicos tienen como órgano blanco de sus efectos el cerebro, se les llama psicoactivas. Entendiendo, entonces, que las drogas psicoactivas son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la consciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo, esto debido a que las drogas actúan normalmente sobre los sistemas que regulan estas funciones (OMS, 2004).

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por su sigla en inglés) (2014), señala que existen once tipos distintos de drogas que afectan el sistema nervioso central y que tienen la capacidad de generar trastornos por su consumo estos son: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes

(sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes) y el tabaco. Al revisar esta clasificación se hacen notorias las diferencias de sustancias y entre ellas sustancias que son legales y/o socialmente aceptadas y otras que no (Caudevilla, 2006).

Un rasgo importante que comparten las sustancias en general es el efecto que tiene sobre el neurotransmisor dopamina, el cual se libera en mayor cantidad producto del consumo, principalmente en el núcleo accumbens. La dopamina está relacionada con procesos básicos como el movimiento, el aprendizaje y la motivación. Además, la dopamina tiene efecto sobre otras estructuras mesolímbicas y algunas áreas de la corteza cerebral (OMS, 2004).

#### **4.2.2. Clasificación de consumo**

La APA (2014), considera el trastorno por consumo de sustancias como la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. Se entiende esto como una patología, ya que el consumo genera modificaciones a nivel del cerebro, clasificable como un desorden en la estructura de este órgano (OMS, 2004) y nivel comportamental interfiere en las actividades e intereses de las personas. La literatura al respecto señala que, los adolescentes que presentan consumo de sustancias tienen un menor desempeño cognitivo que aquellos que no, señalando que se disminuye la materia gris en zonas corticales y subcorticales (Jacobus, Squeglia, Infante, Bava, & Tapert, 2013), disminución del tamaño del hipocampo y deterioro de funciones cognitivas superiores, tales como, memoria, función ejecutiva, aprendizaje (Jacobus, & Tapert, 2013) y disminución de sustancia blanca en el cerebelo (Bava & Tapert, 2010).

Un aspecto que caracteriza el consumo de sustancias es la modificación que genera en el organismo de quien las consume acarreado consigo dos síndromes. El primero es la tolerancia, la cual se entiende como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual (APA, 2014). El segundo es la abstinencia, entendiendo ésta como un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada (OMS, 2004). Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia, los cuales variarán dependiendo en intensidad y de la sustancia que se consuma (APA, 2014).

Estos síndromes se explican debido a la capacidad del organismo para adaptarse a distintas condiciones, cuando se introducen sustancias al cuerpo, éste se vuelve más eficiente en su proceso de volver eliminar los excesos, por lo tanto, se requiere una nueva dosis con mayor frecuencia para mantener una cantidad de la sustancia en el organismo. Además, a nivel cerebral las neuronas generan nuevas conexiones sinápticas debido a una mayor cantidad de estimulación de las neuronas lo que también haría aumentar el consumo de sustancias para tener los efectos deseables de la misma (OMS, 2004).

Por otro lado, cuando el consumo de sustancias se vuelve crónico genera patrones de consumo que se clasifican como enfermedad médica. Por ejemplo, en nuestro país el Ministerio de Salud (MINSAL) basándose en la Clasificación de Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS determina que existen dos patrones de consumo:

- a) consumo perjudicial: Forma de consumo que está afectando a la salud física o mental y;
- b) síndrome de dependencia: Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima

prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.

Es importante señalar como se da el fenómeno del consumo en el país y en específico en adolescentes. Los datos al respecto al consumo de sustancias, en el Décimo estudio de drogas en población escolar, el cual consulta a estudiantes de 8vo año de educación básica a cuarto año de enseñanza media por el consumo de sustancias (Senda, 2014) mostró que durante el último año hubo un 19,5% de prevalencia en el consumo de marihuana; cifra superior al 15,1% reportado en la entrega anterior de 2012. En caso del consumo de alcohol, la prevalencia aumentó 2,3% pasando de un 57% a un 59,3%. Finalmente, en el caso del consumo de tabaco, también se observó un aumento significativo desde un 26,7% a un 41,3%.

La caracterización del consumo descrita anteriormente se ajusta a población adulta que presenta consumo de sustancias. Es necesario recalcar que, si bien en adolescentes están presentes, se puede manifestar de una manera distinta. Por ejemplo, los adolescentes tienden a consumir más de una sustancia en vez de preferir una; además, no es necesario que se presente el consumo perjudicial de sustancias primero y escale rápidamente a dependencia; y en caso particular del consumo de alcohol el síndrome de abstinencia es poco común en esta población y el abandono de actividades por el consumo es poco frecuente (Minsal, 2013).

### **4.2.3. Factores de riesgo para el consumo de sustancias**

Como se ha visto existe cierto consenso respecto a caracterizar el consumo y las manifestaciones problemáticas en los individuos que presentan esta conducta. Ahora bien, las causas del consumo se plantean que existen múltiples factores que pueden presentarse de forma suplementaria, y que a su vez no deben presentarse todos para que se presente el consumo de sustancias, pero que su presencia aumenta la probabilidad de emergencia (Laespada, Iraurgi & Aróstegi, 2004).

Distintos autores, consideran que el consumo de sustancias se origina en la adolescencia principalmente; llegando a sostener que aumenta de forma progresiva desde el inicio hasta el término (Calvete & Estevez, 2008). Esta idea tiene a la base que el paso de la niñez a la adultez es un momento de gran estrés debido a la variada cantidad de cambios que se dan en las personas en las distintas esferas de la vida, cambios físicos, desarrollo emocional, desarrollo social y académicas (Becoña, 2000), además de ser la etapa de consolidación de la identidad (Conace, 2004).

Por otra parte, existen algunos factores que inciden en mayor medida en la probabilidad de que se dé el consumo de sustancias en esta etapa del desarrollo por sobre otros, por ejemplo, aumenta las posibilidades de consumir sustancias si el padre o un hermano lo hacen y principalmente si el mejor amigo lo hace, además de la disposición o valoración normalizada respecto al alcohol (Espada, Pereira, & García-Fernández, 2008), los pares o amigos (Graña, & Muñoz-Rivas, 2000), falta de normas en el hogar, conflictos entre padres e hijos y consumo de alcohol del padre (Muñoz-Rivas & Graña, 2001), bajo control de impulso e impulsividad, conflictos y violencia en el hogar, consumo de sustancias en el hogar (Negrete & García-Aurrecochea, 2008), disponibilidad, actitud familiares favorable al consumo,

conducta antisocial en la familia, inicio temprano, consumo amigos, riesgo percibido sobre el consumo y actitudes favorables hacia éste, adolescentes de sexo masculino tiene mayores probabilidades que los adolescentes de sexo femenino (López & Rodríguez-Arias, 2010), experimentación temprana (Becoña, 2000), pertenencia a bandas, la iniciación a la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial y el fracaso académico (Larrosa & Palomo, 2012) la actitud que se tenga frente al consumo es importante para llegar a probarlas y con esto que se dé algún patrón desadaptativo de consumo (Romero, Santander, Hitschfeld, Labbé & Zamora, 2009).

Como se muestra no existe un modelo único que explique por si solo el consumo, pero se hace patente que el consumo está ligado con malestar del sujeto principalmente con su contexto más cercano, además de aumentar el riesgo las conductas de consumo de amigos y una consideración positiva respecto de algunas sustancias que favorecen al consumo de la misma u otra.

Finalmente, un factor para entender los riesgos que están presentes en el consumo de sustancias es la teorización llevada a cabo por Philips, Khan y Bateman (2012), entorno a la mentalización. Se plantea que las personas que presentan patrones de consumo de sustancias problemáticos, tienen disminuida la capacidad de mentalizar o vuelven al consumo por la falla en estas cuando hay un estresor. Debido a que existe un correlato neurobiológico entre la mentalización, el consumo de sustancias y el sistema de apego, los que comparten el sistema de recompensa/placer el cual funciona principalmente por acción del neurotransmisor dopamina. Cuando hay una activación de la respuesta de placer disminuye el estrés, ya que son las mismas zonas del cerebro que están trabajando. De lo anterior se sigue que las personas que presentan problemas de consumo de sustancias, tendrían un nivel

de estrés alto y buscarían en las sustancias la forma de autorregular sus emociones displacenteras o disminuir el estrés.

## **5. Diseño de investigación**

### **5.1. Tipo de estudio**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, transversal y exploratorio. Pretende identificar relaciones entre la mentalización y el consumo problemático de sustancias, considerando variables clínicas y psicológicas tales como: sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, síntomas de estrés, rasgos de personalidad límite y apego, que han demostrado influir en la calidad de los procesos de mentalización.

### **5.2. Población y muestra**

Adolescentes de ambos sexos entre 14 y 18 años de la región de Valparaíso, pertenecientes a un establecimiento educacional secundario. El muestreo fue no probabilístico y de tipo intencionado según los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterio de Inclusión de los participantes de la muestra:**
  - Cursar entre I y IV medio en un establecimiento educacional secundario de la región de Valparaíso
  - Tener entre 14 y 18 años
  
- **Criterio de exclusión de los participantes de la muestra:**
  - Cualquier dificultad sensorial, motriz o intelectual que dificulte la comprensión de ítems de un cuestionario y/o no permita completar de forma autónoma los instrumentos. Esto incluye además discapacidad visual o

auditiva, debido a que uno de los instrumentos corresponde a la observación de un video.

Al no existir aún investigaciones con el instrumento a utilizado y con la población señalada en nuestro país, no existen antecedentes que permitan el cálculo del tamaño del efecto esperado y con ello de la cantidad de participantes requeridos para este estudio. No obstante, la literatura al respecto, indica que se han llevado a cabo con población adolescente, los que reportan una cantidad de casos superior a cien: Sharp, Pane, Ha, Venta, Patel, Sturek & Fonagy (2011) llevaron a cabo un estudio con 111 adolescentes, de los que un 35% pertenecen población clínica, en específico trastorno de la personalidad límite; además de un estudio realizado con 164 adolescentes donde se mostraba una mayor mentalización en los 68 adolescentes que presentaban dicho diagnóstico (Sharp, Ha, Carbone, Kim, Perry, Williams, & Fonagy, 2013). Se considera entonces que, para encontrar resultados estadísticamente significativos, la población sin riesgo debiera ser superior a los 100 y población en riesgo debiera ser de al menos unos 40 casos.

### **5.3. Procedimientos**

A partir de la autorización del director la institución de educación secundaria, se invitó a los adolescentes a ser parte de la investigación.

Para llevar a cabo el estudio se contempló realizar la aplicación de instrumentos en el horario que la institución asignara. Previo a esto se necesitó la firma del consentimiento informado (Anexo N° 7) por parte de los adultos responsables de los adolescentes y el asentimiento de éstos (Anexo N° 8).

La convocatoria a los adolescentes la realizó el investigador directamente en los periodos asignados por la institución, momento en que se solicitó inscribirse en una lista a quienes se interesen por participar.

Teniendo los cuestionarios completos, se pasó a revisarlos y a puntarlos, para luego tabular las repuestas.

#### **5.4. Procedimientos y consideraciones éticas de la investigación**

En primer lugar se le pidió a los apoderados y adultos responsables de los adolescentes ser parte de la investigación, explicándoles los alcances de la misma y solicitando la firma del consentimiento informado, para que sus hijos pudieran ser parte de esta. Luego se invita a los adolescentes a participar explicándoles los alcances de la investigación y solicitando la firma del asentimiento para el uso de los datos.

Para resguardar el anonimato de los participantes, el día de la toma de datos se les pidió que identifiquen los instrumentos con a través del uso de número identificador en los instrumentos en vez de nombres. Para esto se utilizó los últimos 4 números de su RUN y el dígito verificador, además de identificar el curso del cual son parte y el sexo. La opción de tener codificados los cuestionarios permitie entregarle a los participantes, la información de sus puntajes y la sugerencia de ir consejería para que se acercaran al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) dependiente de la Escuela de Psicología de la universidad. En caso de presentarte consumo perjudicial de sustancias. Este centro entregará orientación, atención gratuita dentro y/o posible derivación en caso de ser necesaria.

Para mayor seguridad del resguardo de los datos fueron guardados en un lugar bajo llave y manejados solamente por personas ligadas directamente a esta investigación en la Escuela

de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Al término del estudio, se destruyeron los cuestionarios.

## **5.5. Instrumentos**

**5.5.1. Movie for Assessment of Social Cognition (MASC):** Versión española traducida de la versión en inglés, no validada en Chile (Anexo N° 1). Este es un video de 15 minutos de duración, desarrollado para que las personas que lo vean puedan dar un reporte de los pensamientos, intenciones y emociones que van experimentando cada uno de los personajes. Para llevar esto a cabo el video incluye pausas para realizar preguntas de selección múltiple de cuatro alternativas, respecto a las acciones que se muestran en él. En esta película se muestra a 4 adultos jóvenes, Sandra, Betty, Cliff y Michael. La historia se basa en que Sandra conoció hace un par de días a Cliff por intermedio de Michael y le interesó el primero, por lo tanto quiere volver a verlo, se forma un triángulo de intereses, porque a Michael le interesó Sandra. La única forma de volver a ver Cliff y seguir conociéndole, es por medio de Michael. Por lo cual Sandra, invita a cenar a su casa Michael, para que lleve a Cliff. Para romper con el triángulo, Sandra, le pide a Bettie, su amiga, que asista y pidiéndole el favor que entretenga a Michael. Llega el día acordado asisten los cuatro y se va desarrollando la cena y terminada ésta se da juego de mesa.

Este instrumento consta de 51 preguntas 45 respecto a mentalización y 6 preguntas de control. Las preguntas aparecen durante 30 segundos en pantalla y las que se reportan en una hoja de respuesta. Las preguntas que se hacen son, por ejemplo: “¿Qué está sintiendo Sandra?”, “¿Qué está pensando Michael?” o “¿Cuál es la intención de Betty?” otras

preguntas hacen referencias a sarcasmos de quien las emite y si los personajes las entienden como tal, todas ellas eferidas a los diálogos o las acciones de los personajes.

Este instrumento tiene una validez interna de 0,84 en su versión original.

#### **5.5.2. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST):**

Cuestionario de screening desarrollado por la OMS, que consta de 8 preguntas relacionadas con las sustancias que más se consumen en la población mundial (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetaminas, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas), sirve para clasificar el grado de consumo (leve, moderado o alto) y la necesidad de llevar a cabo algún tratamiento específico dado por la severidad. En cuanto a la validación en Chile, se modificó el valor de corte de 27 puntos para riesgo alto 21 (Anexo N° 2).

**5.5.3. Depression Anxiety Stress Scales (DASS - 21):** Cuestionario de autorreporte diseñado para evaluar el grado de los síntomas comunes de depresión, ansiedad y estrés. Este cuestionario tiene 21 ítems. Fue validado en Chile Las escalas presentaron valores de confiabilidad (alfa) alto en el caso de depresión 0,85, estrés 0,83 y ansiedad 0,73. En conjunto, los un alfa de 0,91 (Anexo N° 3).

**5.5.4. International Personality Disorders Examination (IPDE):** Tamizaje clínico basado en el manual estadístico de desórdenes mentales versión IV (DSM-IV, por sus siglas en inglés) de la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA, por sus siglas en inglés). Diseñado para pesquisar la presencia de trastornos de personalidad, consta de 75

afirmaciones a las que se responde con Verdadero o Falso. En esta ocasión solo se ocupará la sub-escala referente al trastorno de la personalidad límite, que consta de 9 afirmaciones (4, 8, 13, 25, 40, 43, 53, 60 y 75) (Anexo N° 4).

**5.5.5. Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ):** Cuestionario tipo likert de autorreporte que consta de 9 preguntas, que se subdividen en 3 escalas (disponibilidad, cooperación en la relación y señales de enojo y angustia), respecto a la relación de apego significativa con su cuidador principal. Test con una versión chilena que cuenta con una validez de alfa de Cronbach de 0,64; 0,74 y 0,52; para cada una de las 3 subescalas (Anexo N° 5).

## **5.6. Procedimiento de análisis**

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo a través del software SPSS v.20. Para dicho análisis se utilizaron estadísticos descriptivos para caracterizar la muestra. Para llevar a cabo el análisis de los datos se dicotomizó la muestra en dos grupos: consumo en riesgo y grupo bajo riesgo de consumo. Para esto se utilizó los puntajes obtenidos en el screening ASSIST, la segmentación se hizo considerando dentro de el primer grupo aquellos casos que tenían al menos un puntaje de consumo de sustancias en riesgo, para el segundo grupo se consideró que no tuvieran ningún consumo en riesgo y se excluyó de la muestra aquellos casos donde se presentaba consumo en riesgo bajo tabaco. Esto generó que, del total de 72 casos, se analizaran 66 y el grupo en riesgo quedara conformado 29 por casos y el grupo bajo riesgo por 37 casos.

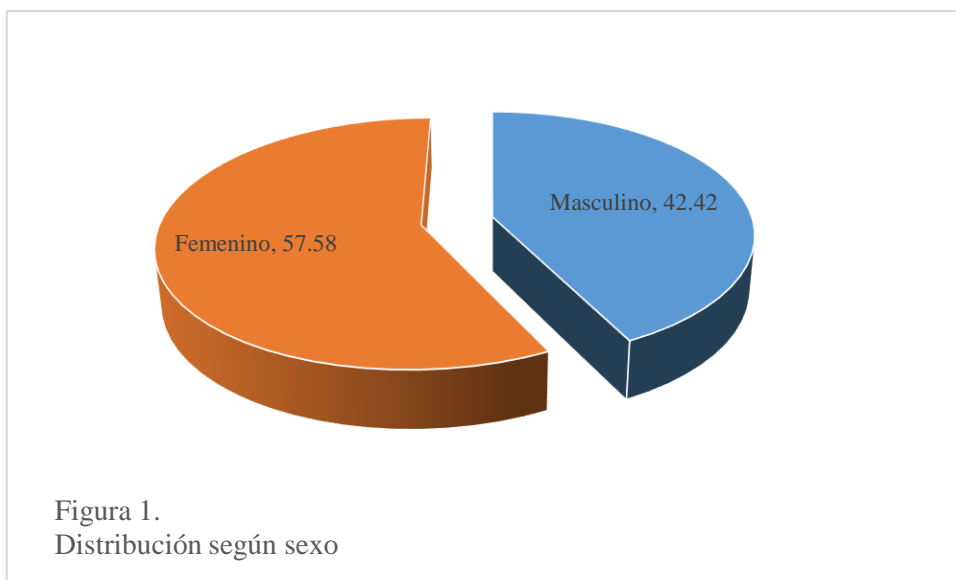
Además, se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para evaluar las diferencias de medias, U de Mann-Whitney para muestras no relacionadas y t de Student para muestras relacionadas.

## 6. Resultados

A continuación, se presentan los datos obtenidos de los cuestionarios sociodemográficos de 72 estudiantes del Liceo Superior de Comercio Francisco Araya Bennett. Además de los datos obtenidos en los cuestionarios descritos anteriormente.

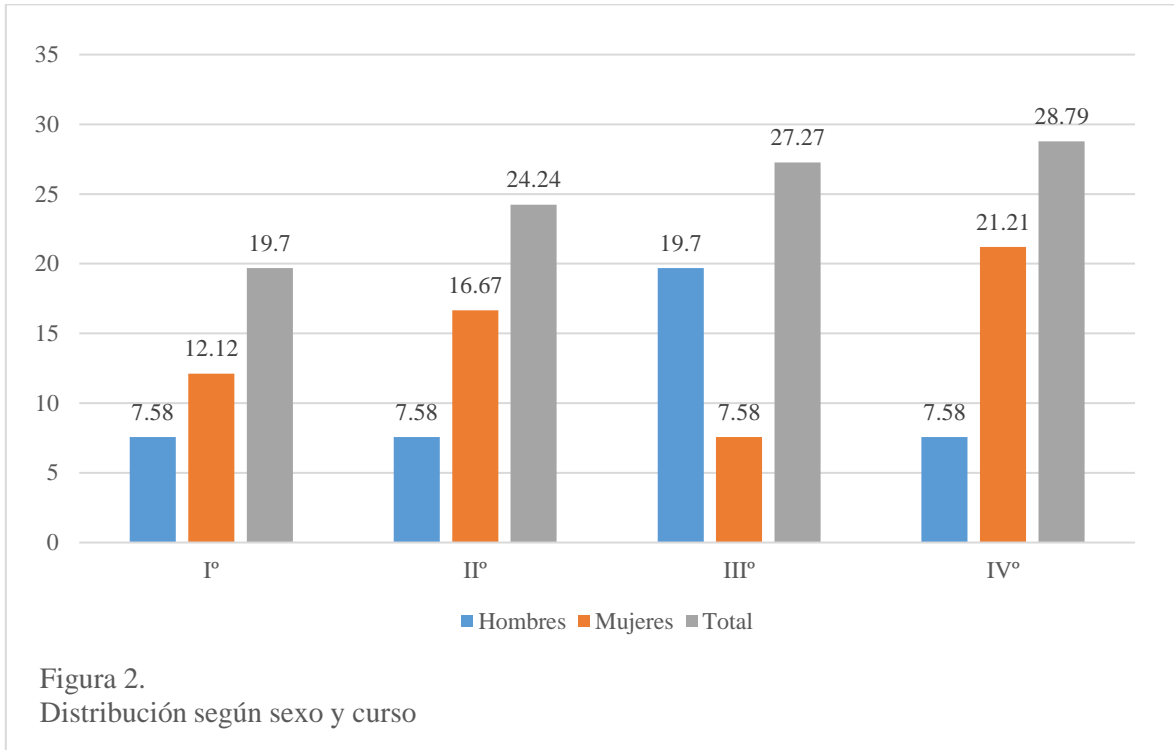
### 6.1. Característica de sociodemográficas de la muestra

El número total de participantes de este estudio es de 66 adolescentes. Los que se componen por 28 hombres, el 42,42% y 38 mujeres, el 57,58% (Figura 1).



La edad promedio de los participantes del estudio es de 16,59 (ds=1,26). Al caracterizar la muestra por género el promedio de los hombres es de 16,56 (ds=1,19) y en el caso de las mujeres es de 16,62 (ds=1,33).

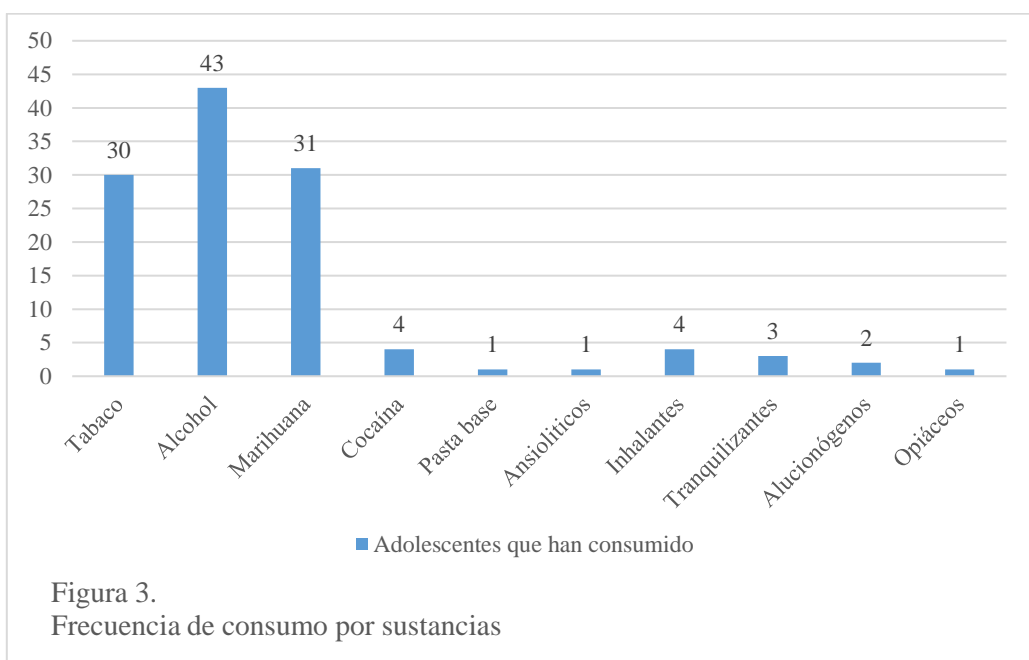
La distribución por nivel señala que: 13 estudiantes cursaban primer, 16 segundo medio, 18 tercero medio y 19 cuarto año medio (Figura 2.).



### 6.1.1. Análisis de consumo de sustancias

Los datos muestran que las sustancias más consumidas o probadas en al menos una ocasión son: el tabaco, el alcohol y la marihuana. En relación con el consumo de tabaco el 45,45% de los adolescentes ha probado esta sustancia, teniendo una edad de inicio promedio de 14,33 años (ds=2,26). En caso del alcohol 65,15% adolescentes que han consumido esta sustancia muestran un inicio a los 13,58 años (ds=2,76). El consumo de marihuana fue reportado por 46,97% participantes teniendo una edad de inicio promedio de los 14.36 años (ds=1,62).

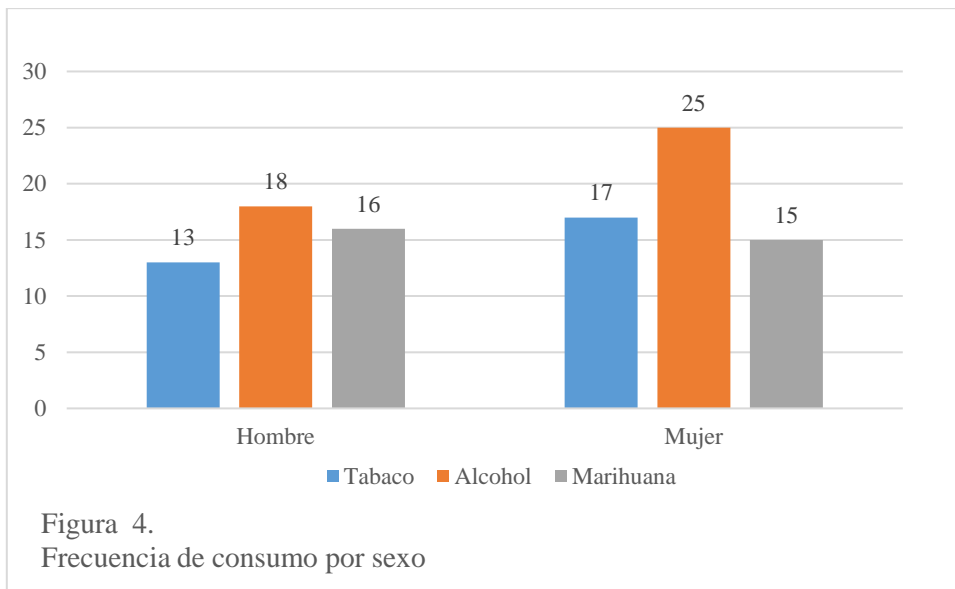
En el caso de cocaína e inhalantes, fue reportado su consumo por el 6,6% de los casos indicando que la edad promedio del primer consumo fue 15,5 años (ds=1,29) para la primera y 13,75 (ds=2,22) para el segundo. El uso de tranquilizantes se reporta en el 4,54% de los casos con una edad de inicio de 14,67 años (ds=2,08). El 3,03% de los adolescentes han usado alucinógenos con una edad promedio 16,5 años (ds=,70). Finalmente, el uso de pasta base de cocaína, ansiolíticos y opiáceos, solo se reporta el 1,5% de la muestra, llevándose a cabo el primer consumo a los 16, 17 y 14 años respectivamente (Figura 3).



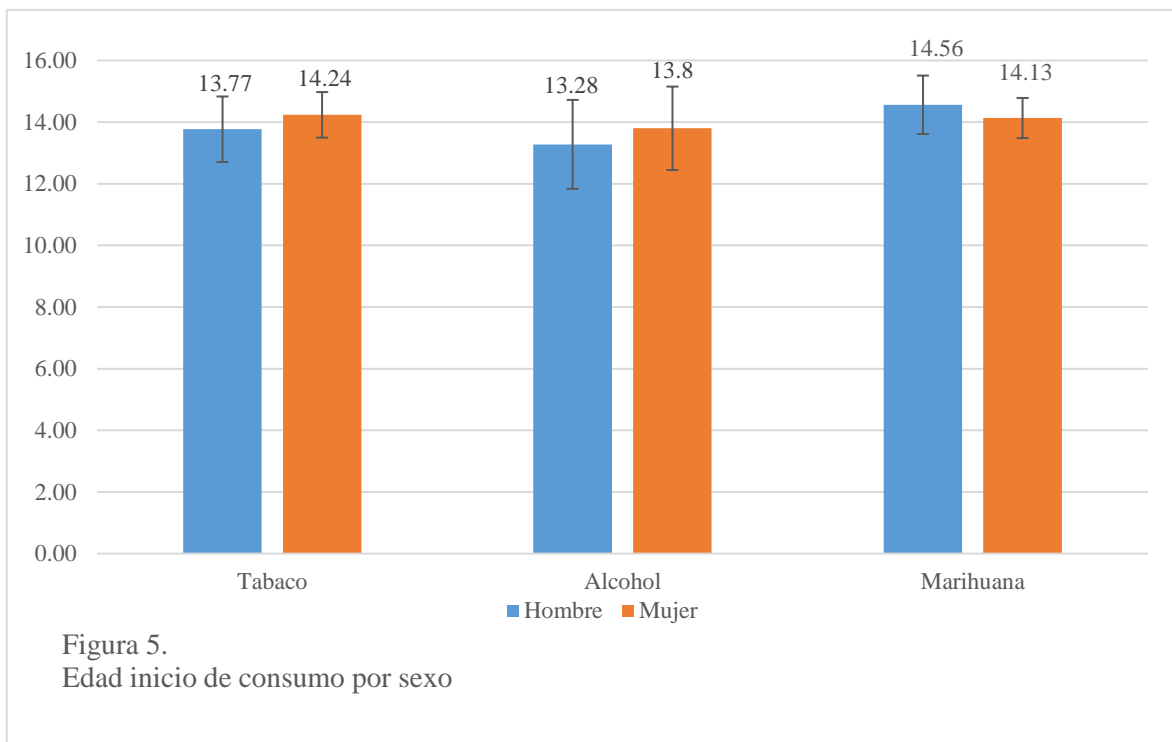
### 6.1.1.1. Análisis por sexo

Al considerar las 3 sustancias que más han sido consumidas (tabaco, alcohol y marihuana) por el grupo de estudiantes en relación a su sexo se encuentra una frecuencia similar en

ambos, con excepción del alcohol que ha sido consumido por más mujeres que hombres (figura 4).

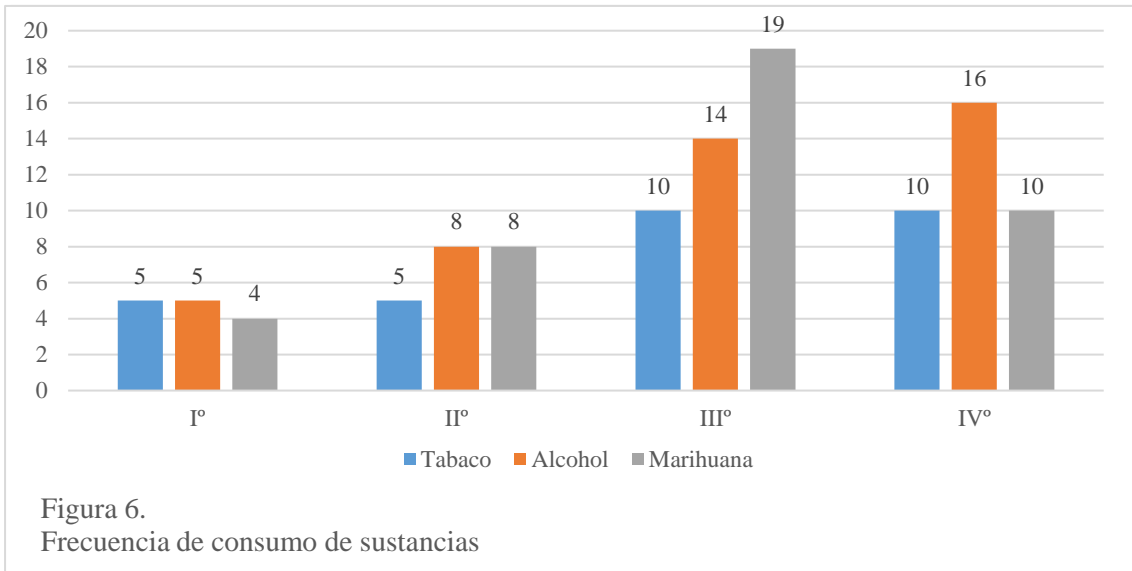


En relación a la edad de inicio entre hombres y mujeres no se encuentran diferencias estadísticamente significativas de las medias para el caso de tabaco ( $t=,507$ ), alcohol ( $t=,552$ ) y marihuana ( $t=,467$ ).

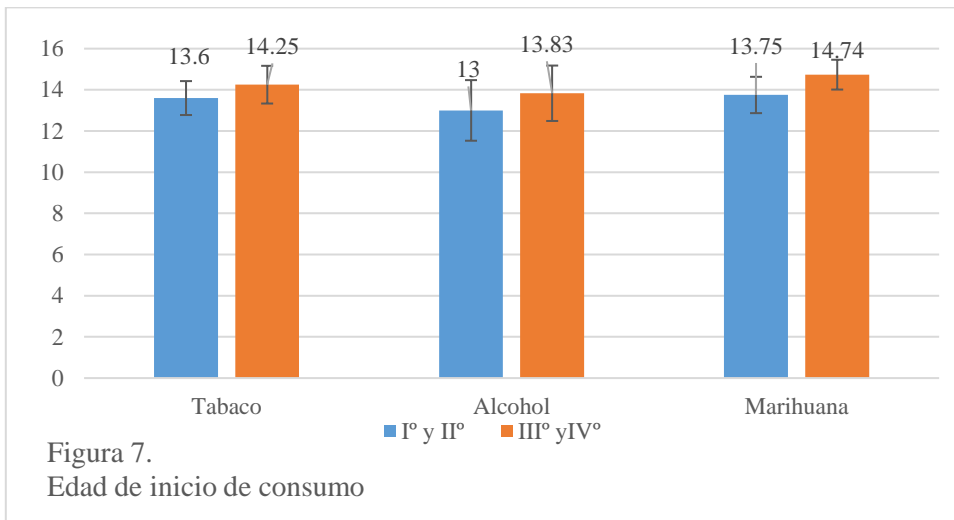


### 6.1.1.2. Análisis consumo por cursos

Al relacionar la frecuencia del consumo de sustancias y el curso, se encuentra que mientras más se ha avanzado en la formación académica se han consumido sustancias, mostrando que duplica o triplica el consumo desde primero a cuarto año medio.



El consumo de sustancias, se comienza a dar a una edad más temprana en nuevas generaciones (figura 7).



## 6.2. Análisis de mentalización

### 6.2.1. Diferencias entre grupo con consumo en riesgo y grupo con riesgo bajo

Al comparar las medias de los dos grupos, mediante las cuatro dimensiones de la mentalización y la agrupación, mentalización cognitiva y afectiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos: mentalización ( $t=3,326$ ;  $p=,407$ ), hipomentalización ( $t=3,771$ ;  $p=,767$ ), hipermentalización ( $t=,062$ ;  $p=,787$ ), no mentalización ( $t=,891$ ;  $p=,473$ ), mentalización cognitiva ( $t=1,381$ ;  $p=,44$ ) y mentalización afectiva ( $t=1,382$ ;  $p=,59$ ) (tabla 1).

**Tabla 1.**

*Comparación de las medias entre los grupos consumo en riesgo y riesgo bajo*

	En riesgo		Riesgo bajo		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	<i>ds</i>	$\bar{X}$	<i>ds</i>		
Mentalización	25,83	4,11	26,83	3,19	3,326	,407
Hipomentalización	6,87	2,09	7,06	2,9	3,771	,167
Hipermentalización	7,9	2,86	8,08	2,63	,062	,787
No mentalizar	3,4	2,34	3,78	1,94	,891	,473
Mentalización afectiva	10,77	2,19	10,5	1,81	1,381	,44
Mentalización cognitiva	16,07	2,85	15,58	1,19	1,382	,59

Debido a que no existen diferencias estadísticamente significativas en resultados anteriormente descritos, no es posible considerar las covariables clínicas y psicológicas, para analizar su relación con la mentalización. No obstante, se hicieron análisis específicos, organizando a los participantes según sexo, ansiedad, depresión, estrés, rasgos de trastorno de la personalidad límite y apego. De esta forma, se buscó establecer si al segmentar la muestra por estas covariables, existen diferencias específicas, a modo de ejemplo, comparar a los hombres que presentan un patrón de consumo de riesgo respecto a aquellos que no presentan este patrón.

### **6.2.2. Comparación por sexo**

Al comparar los grupos con consumo en riesgo alto y riesgo bajo de consumo y agrupados por sexo no encuentran diferencias estadísticamente significativas para los distintos ámbitos que se consideran en la mentalización. En el caso del grupo de los adolescentes se obtuvieron los siguientes valores: mentalización ( $U=79$ ;  $p=,304$ ), hipomentalización ( $U=72$ ;  $p=,088$ ) hipermentalización ( $U=88$ ;  $p=,642$ ), no mentalizar ( $U=88$ ;  $p=,642$ ), mentalización afectiva ( $U=91$ ;  $p=,297$ ) y mentalización cognitiva ( $U=71$ ;  $p=,128$ ). Por su parte el grupo de las adolescentes obtuvo en: mentalización ( $U=171$ ;  $p=,636$ ), hipomentalización ( $U=180,5$ ;  $p=1$ ), hipermentalización ( $U=171$ ;  $p=,707$ ), no mentalizar ( $U=171$ ;  $p=,707$ ), mentalización afectiva ( $U=161,5$ ;  $p=,297$ ) y mentalización cognitiva ( $U=152$ ;  $p=,259$ ) (tabla 2).

**Tabla 2.***Comparación de la mentalización por sexo.*

		Hombres				Mujeres			
		$\bar{X}$	ds	U	P	$\bar{X}$	ds	U	p
Mentalización	Riesgo bajo	25,47	2,58	79	,304	26,63	3,64	171	,636
	Riesgo alto	25,73	4,36			27,47	3,94		
Hipomentalización	Riesgo bajo	6,65	2,62	71,5	,088	7,42	3,17	180,5	1
	Riesgo alto	7,18	1,72			6,68	2,31		
Hipermentalización	Riesgo bajo	8,88	2,49	87,5	,642	7,37	2,61	171	,707
	Riesgo alto	8,36	3,47			7,63	2,49		
No mentalizar	Riesgo bajo	4	1,69	90,5	,297	3,58	2,11	171	,707
	Riesgo alto	3,73	2,49			3,21	2,29		
Mentalización afectiva	Riesgo bajo	10,18	1,91	70,5	,128	10,79	1,72	161,5	,297
	Riesgo alto	9,82	2,22			11,32	2,03		
Mentalización cognitiva	Riesgo bajo	15,29	1,86	84,5	,552	15,84	2,47	152	,259
	Riesgo alto	15,91	3,33			16,16	2,63		

**6.2.3. Comparación por depresión**

Al conglomerar los participantes por presencia (depresión alta) o ausencia (depresión baja) de sintomatología depresiva, se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En el caso del grupo con depresión alta se obtuvieron los siguientes valores: mentalización (U=12,5; p=,21), hipomentalización (U=14; p=,237), hipermentalización (U=15; p=3,98), no mentalizar (U=15,5; p=,692), mentalización afectiva (U=12,5; p=,21) y mentalización cognitiva (U=12,5; p=,21). Por su parte el grupo depresión baja obtuvo en: mentalización (U=340,5; p=,649), hipomentalización (U=338; p=,643),

hipermentalización (U=332,5; p=,56), no mentalizar (U=329; p=,408), mentalización afectiva (U=313,5; p=,222), mentalización cognitiva (U=315; p=,327) (tabla 3).

**Tabla 3.**

*Comparación de mentalización por depresión*

		Depresión alta				Depresión baja			
		$\bar{X}$	ds	U	p	$\bar{X}$	ds	U	p
Mentalización	Riesgo bajo	27,4	2,3	12,5	,21	25,87	3,29	340,5	,649
	Riesgo alto	26,85	5,08			26,83	3,9		
Hipomentalización	Riesgo bajo	7,20	2,59	14	,237	7,03	2,99	338	,643
	Riesgo alto	7,14	2,67			6,78	1,95		
Hipermentalización	Riesgo bajo	8,00	1	15	,398	8,10	2,82	332,5	,56
	Riesgo alto	7,43	2,15			8,04	3,07		
No mentalizar	Riesgo bajo	2,40	1,82	15,5	,692	4,00	1,86	329	,408
	Riesgo alto	3,57	2,94			3,35	2,21		
Mentalización afectiva	Riesgo bajo	10,80	1,3	12,5	,21	10,45	1,89	313,5	,222
	Riesgo alto	10,86	2,12			10,74	2,26		
Mentalización cognitiva	Riesgo bajo	16,6	1,67	12,5	,21	15,42	2,24	315	,327
	Riesgo alto	16	3,83			16,09	2,59		

**6.2.4. Comparación por estrés**

Al agrupar la muestra por presencia de estrés (estrés alto) y ausencia de estrés (estrés bajo) se obtiene que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los aspectos de la mentalización. Se encuentra que el grupo estrés bajo: mentalización (U=368; p=,453), hipomentalización (U=380; p=,715), hipermentalización (U=372; p=,571), no

mentalización (U=379; p=,664), mentalización afectiva (U=339; p=,126) y mentalización cognitiva (U=351; p=,304) (tabla 4).

**Tabla 4.**

*Comparación de mentalización por estrés*

		Estrés alto			Estrés bajo			p	
		$\bar{X}$	ds	U	P	$\bar{X}$	ds		U
Mentalización	Riesgo bajo					26,08	3,19	368	,453
	Riesgo alto	26,12	4,61			27,091	3,99		
Hipomentalización	Riesgo bajo					7,06	2,91	380	,715
	Riesgo alto	7,50	2,33			6,64	2,01		
Hipermentalización	Riesgo bajo					8,08	2,63	372	,571
	Riesgo alto	6,88	2,29			8,27	2,99		
No mentalizar	Riesgo bajo					3,78	1,91	379	,664
	Riesgo alto	4,50	3,38			3,00	1,77		
Mentalización afectiva	Riesgo bajo					10,50	1,81	339	,126
	Riesgo alto	10,75	1,98			10,77	2,31		
Mentalización cognitiva	Riesgo bajo					15,58	2,19	351	,304
	Riesgo alto	15,38	3,503			16,32	2,63		

### 6.2.5. Comparación por ansiedad

Al agrupar a los participantes según su compromiso de consumo (riesgo alto y bajo) y evaluando como mentalizan respecto al nivel de ansiedad en alta o baja se obtiene que no existen diferencias estadísticamente significativas. El grupo con ansiedad alta se obtuvo los siguientes valores: mentalización (U=18; p=,376), hipomentalización (U=20; p=,546), hipermentalización (U=17,5; p=,49) no mentalizar (U=17; p=,425), mentalización afectiva (U=16; p=,259) y mentalización cognitiva (U=16; p=,259). Por su parte el grupo ansiedad baja obtuvo los siguientes valores en: mentalización (U=278; p=,421), hipomentalización

(U=276; p=,444), hipermentalización (U=288,5; p=,612), no mentalizar (U=284,5; p=,496), mentalización afectiva (U=268,5; p=,246), mentalización cognitiva (U=266,5; p=,32) (tabla 5).

**Tabla 5.**

*Comparación de mentalización por ansiedad*

		Ansiedad alta				Ansiedad baja			
		$\bar{X}$	ds	U	p	$\bar{X}$	ds	U	p
Mentalización	Riesgo bajo	27,5	3	18	,376	25,91	3,22	278	,421
	Riesgo alto	27,63	4,8			26,37	3,72		
Hipomentalización	Riesgo bajo	8	1,83	20	,546	6,94	3,02	276	,444
	Riesgo alto	7,27	2,1			6,63	2,11		
Hipermentalización	Riesgo bajo	7,5	3,69	17,5	,49	8,16	2,54	288,5	,612
	Riesgo alto	6,18	2,44			8,89	2,64		
No mentalizar	Riesgo bajo	2	1,83	17	,425	4	1,83	284,5	,496
	Riesgo alto	3,91	3,21			3,11	1,69		
Mentalización afectiva	Riesgo bajo	10,75	1,5	16	,259	10,47	1,87	268,5	,246
	Riesgo alto	11,27	2,41			10,47	2,07		
Mentalización cognitiva	Riesgo bajo	16,75	2,06	16	,259	15,44	2,19	266,5	,32
	Riesgo alto	16,36	3,53			15,89	2,47		

**6.2.6. Comparación por rasgos de trastorno de la personalidad límite**

Agrupando la muestra por el riesgo de consumo (alto o bajo) se analiza la mentalización en relación a la presencia o ausencia de rasgos de trastorno de la personalidad límite (TPL), se encuentra que no existe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En el caso del grupo con presencia de TPL se obtuvieron los siguientes valores: mentalización (U=186; p=,402), hipomentalización (U=188; p=,446), hipermentalización (U=207; p=,97) no mentalizar (U=186; p=,402), mentalización afectiva (U=165; p=,102) y mentalización

cognitiva (U=199; p=,743). Por su parte el grupo ausencia de TPL obtuvo los siguientes valores en: mentalización (U=36; p=,518), hipomentalización (U=32; p=,337), hipermentalización (U=26; p=,123), no mentalizar (U=34; p=,418), mentalización afectiva (U=36; p=,518), mentalización cognitiva (U=28; p=,216) (tabla 6).

**Tabla 6.**

*Comparación de mentalización por presencia de trastorno de la personalidad límite*

		Presencia TPL				Ausencia TPL			
		$\bar{X}$	ds	U	p	$\bar{X}$	ds	U	p
Mentalización	Riesgo bajo	26,13	2,70	186	,402	26,05	3,61	36	,518
	Riesgo alto	26,27	4,09			30,5	1,73		
Hipomentalización	Riesgo bajo	6,56	2,83	188	,446	7,45	2,98	32	,337
	Riesgo alto	7,00	2,19			6,00	1,16		
Hipermentalización	Riesgo bajo	8,50	2,99	207	,97	7,75	2,34	26	,123
	Riesgo alto	8,19	2,84			6,00	2,45		
No mentalizar	Riesgo bajo	3,81	2,04	186	,402	3,75	1,86	34	,418
	Riesgo alto	3,54	2,47			2,50	1		
Mentalización afectiva	Riesgo bajo	10,38	1,75	165	,102	10,60	1,9	36	,518
	Riesgo alto	10,54	2,25			12,25	,96		
Mentalización cognitiva	Riesgo bajo	15,75	1,77	199	,743	15,45	2,52	28	,216
	Riesgo alto	15,73	2,91			18,25	,96		

### 6.2.7. Comparación por apego

La comparación de los grupos riesgo alto y riesgo bajo de consumo, esta vez agrupando por las tres variables que considera el cuestionario de apego adolescente cooperación, disponibilidad y enojo; y estos a su vez divididos en alto y bajo riesgo de consumo se obtienen los siguientes análisis:

### **6.2.7.1. Cooperación**

Agrupando la muestra por el riesgo de consumo (alto o bajo) se analiza la mentalización en relación a cooperación alta o baja, se encuentra que no existe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En el caso del grupo con cooperación alta se obtuvieron los siguientes resultados: mentalización ( $U=6$ ;  $p=,439$ ), hipomentalización ( $U=4$ ;  $p=,217$ ), hipermentalización ( $U=5$ ;  $p=,197$ ) no mentalizar ( $U=6,5$ ;  $p=,693$ ), mentalización afectiva ( $U=6$ ;  $p=,439$ ) y mentalización cognitiva ( $U=6$ ;  $p=,439$ ). Por su parte el grupo cooperación baja obtuvo los siguientes valores en: mentalización ( $U=361,5$ ;  $p=,377$ ), hipomentalización ( $U=373,5$ ;  $p=,565$ ), hipermentalización ( $U=340,5$ ;  $p=,204$ ), no mentalizar ( $U=361,5$ ;  $p=,377$ ), mentalización afectiva ( $U=333$ ;  $p=,107$ ), mentalización cognitiva ( $U=370,5$ ;  $p=,58$ ) (tabla 7).

**Tabla 7.***Comparación de mentalización por cooperación en apego*

		Cooperación baja				Cooperación alta			
		$\bar{X}$	ds	U	p	$\bar{X}$	ds	U	p
Mentalización	Riesgo bajo	30,33	3,21	6	,439	25,69	2,94	361,5	,377
	Riesgo alto	26	2,92			27,17	4,35		
Hipomentalización	Riesgo bajo	4,33	2,52	4	,217	7,30	2,85	373,5	,565
	Riesgo alto	6,40	1,52			6,83	2,16		
Hipermentalización	Riesgo bajo	6,67	3,22	5	,197	8,21	2,59	340,5	,204
	Riesgo alto	8,80	1,64			7,71	3,09		
No mentalizar	Riesgo bajo	3,67	2,52	6,5	,693	3,79	1,9	361,5	,377
	Riesgo alto	3,80	2,17			3,29	2,46		
Mentalización afectiva	Riesgo bajo	11,67	2,08	6	,439	10,39	1,78	333	,107
	Riesgo alto	10,80	2,17			10,83	2,26		
Mentalización cognitiva	Riesgo bajo	18,67	1,53	6	,439	15,30	2,04	370,5	,58
	Riesgo alto	15,20	1,79			16,33	3,05		

**6.2.7.2. Disponibilidad**

Al agrupar a los participantes en grupos por disponibilidad alta y baja, además de analizar que ocurre con el riesgo de consumo alto o bajo se obtiene que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con excepción de disponibilidad alta en mentalización afectiva ( $U=196$ ;  $p=,031$ ). En el caso del grupo con disponibilidad baja se obtuvieron los siguientes valores: mentalización ( $U=25$ ;  $p=,346$ ), hipomentalización ( $U=21$ ;  $p=,13$ ), hipermentalización ( $U=25$ ;  $p=,346$ ), no mentalizar ( $U=29$ ;  $p=,83$ ), mentalización afectiva ( $U=28$ ;  $p=,519$ ) y mentalización cognitiva ( $U=29$ ;  $p=,83$ ). Por su parte el grupo disponibilidad alta obtuvo en: mentalización ( $U=235,5$ ;  $p=,35$ ), hipomentalización ( $U=259$ ;

p=,886), hipermentalización (U=237; p=,433), no mentalizar (U=251; p=,659), mentalización cognitiva (U=242; p=,524) (tabla 8).

**Tabla 8.**

*Comparación de mentalización por disponibilidad en apego*

		Disponibilidad baja				Disponibilidad alta			
		$\bar{X}$	ds	U	p	$\bar{X}$	ds	U	p
Mentalización	Riesgo bajo	26,8	2,68	25	,346	25,97	3,29	235,5	,35
	Riesgo alto	26,5	3,97			27,29	4,31		
Hipomentalización	Riesgo bajo	5,6	2,96	20,5	,13	7,29	2,88	259	,886
	Riesgo alto	7,08	1,88			6,53	2,18		
Hipermentalización	Riesgo bajo	8,2	,84	25	,346	8,06	2,83	237	,433
	Riesgo alto	7,92	2,47			7,88	3,26		
No mentalizar	Riesgo bajo	4,4	2,7	28,5	,83	3,68	1,79	251	,659
	Riesgo alto	3,5	2,75			3,29	2,17		
Mentalización afectiva	Riesgo bajo	10,8	,84	27,5	,519	10,45	1,93	196	,031
	Riesgo alto	11,08	1,83			10,65	2,47		
Mentalización cognitiva	Riesgo bajo	16	2,45	28,5	,83	15,52	2,18	242	,524
	Riesgo alto	15,42	3,03			16,65	2,74		

### 6.2.7.3. Enojo

Agrupando la muestra por el riesgo de consumo (alto o bajo) se analiza la mentalización en relación a enojo alto o bajo, se encuentra que no existe diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En el caso del grupo con enojo alto se obtuvieron los siguientes valores: mentalización (U=10; p=,26), hipomentalización (U=13; p=,673), hipermentalización (U=13; p=,637), no mentalizar (U=11; p=,498), mentalización afectiva (U=13; p=,673) y mentalización cognitiva (U=10; p=,26). Por su parte el grupo enojo bajo

obtuvo en: mentalización (U=300,5; p=,081), hipomentalización (U=318,5; p=,257), hipermentalización (U=338; p=,542), no mentalizar (U=342; p=,541), mentalización afectiva (U=300,5; p=,08) y mentalización cognitiva (U=362; p=,991) (tabla 9).

**Tabla 9.**

*Comparación de mentalización por enojo en apego*

		Enojo alto				Enojo bajo			
		$\bar{X}$	ds	U	p	$\bar{X}$	ds	U	p
Mentalización	Riesgo bajo	25,43	3,31	10	,26	26,24	3,2	300,5	,081
	Riesgo alto	29,75	3,69			26,52	4,07		
Hipomentalización	Riesgo bajo	7,29	3,35	12,5	,673	7,00	2,85	318,5	,257
	Riesgo alto	5,50	1,29			6,96	2,09		
Hipermentalización	Riesgo bajo	8,14	2,27	12,5	,673	8,07	2,75	338	,542
	Riesgo alto	6,50	1,29			8,12	3,05		
No mentalizar	Riesgo bajo	4,14	2,48	11	,498	3,69	1,79	342	,541
	Riesgo alto	3,25	3,2			3,40	2,31		
Mentalización afectiva	Riesgo bajo	10,57	2,76	12,5	,673	10,48	1,57	300,5	,081
	Riesgo alto	12,00	2,71			10,64	2,12		
Mentalización cognitiva	Riesgo bajo	14,86	2,12	10	,26	15,76	2,21	362	,991
	Riesgo alto	17,75	2,22			15,88	2,92		

## 7. Discusión

Los datos obtenidos respecto a las sustancias más consumidas en este estudio, alcohol, tabaco, marihuana, son concordantes con los datos poblacionales de estudios de sustancias realizados en el país, específicos para esta población. A saber, la edad de inicio promedio de para este estudio fue: tabaco (14,33 años), alcohol (13,58 años) y marihuana (14,36 años), mientras que los promedios de edad reportados por SENDA son: tabaco (13,7 años), alcohol (13,8 años) y marihuana (14,5 años). En relación a la prevalencia (consumirla al menos una vez en la vida), en el mismo informe anteriormente mencionado reporta que esta fue de 40% para el tabaco, 80,6% para el alcohol y 43,7% para la marihuana. Los datos recopilados en esta investigación por su parte son: tabaco (45,45%), alcohol (65,15%) y marihuana (46,75). Cabe destacar que la muestra del informe de SENDA va desde octavo básico a cuarto año medio, mientras que esta investigación, sólo incluye enseñanza media. Finalmente, destaca que la sustancia más consumida es el alcohol, lo que también es reportado por SENDA (2016). Este organismo también reporta que la percepción del daño es baja para estas sustancias, lo que explica el porqué de su alto consumo.

Es importante notar que los resultados de esta investigación reportan que, a mayor edad, es más probable que se haya consumido alguna sustancia. Pese a no existir un indicador para explicar esta tendencia, es plausible que la probabilidad de haber experimentado con sustancias es más alta, debido a que en esta etapa las personas buscan mayor independencia de sus hogares lo que da paso a mayor cercanía con el grupo de pares, los que la literatura reporta como uno de los factores que explican el consumo (Calvete & Estevez, 2009). Por lo tanto, mientras aumenta la edad, disminuye la cercanía con el hogar de origen y con ello aumenta la capacidad para tomar decisiones dadas por una concepción del mundo propia, en la que no se ve como un riesgo en sí mismo probar sustancias.

En relación a la mentalización, se destaca que, al comparar por sexo, las medias en distintos aspectos de la mentalización, el grupo de las adolescentes mentaliza mejor que el grupo de los adolescentes. Independientemente si el consumo de sustancias es alto o bajo, casi siempre las medias son mayores para el primer grupo. Esto concuerda con lo estudiado por Escrivá, Navarro, & García (2004) y Retuerto (2004), en estudios sobre empatía en adolescentes, que encuentran, que las adolescentes tienen una mejor disposición a la empatía que los adolescentes. Si bien no es el mismo constructo el que se evalúa, está relacionado con la capacidad de entender la mente del otro. Por otra parte, un estudio realizado por Keulers, Evers, Stiers, & Jolles (2010), que también da cuenta de las diferencias de género, encontraron que las adolescentes mentalizan más rápido que los adolescentes.

En la segmentación según el nivel de sintomatología depresiva, dentro de la categorización sintomatología alta, para el grupo con riesgo bajo de consumo, las medias obtenidas en mentalización, no mentalizar y mentalización cognitiva, muestran un mejor desempeño que el grupo que presenta riesgo alto de consumo, que a su vez, se desempeña mejor en hipomentalización, no mentalizar y mentalización cognitiva. Lo anterior sugiere que el grupo riesgo bajo de consumo tiende a mentalizar de una manera afectiva y con predominio cognitivo, lo que dice que sus procesos mentalizadores son más controlados, demandando esfuerzo. Por su parte dentro del grupo depresión baja, el grupo de riesgo alto de consumo tiene un mejor desempeño en las seis variables de mentalización. Esto no sugiere realmente que el consumo de sustancias sería una forma para mejorar la mentalización, ya que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Otro aspecto de que llama a la atención respecto diferencia de medias, es el hecho que al comparar la mentalización de los adolescentes, entre los grupos depresión alta o baja, pareando cada variable de mentalización y el grupo de consumo riesgo bajo o alto en el cual

fueron categorizados, se encuentra que el grupo con depresión alta tienen un mejor rendimiento, si se considera el total de las categorías, ya que es mayor la cantidad de medias de las subescalas de mentalización que indican un mejor desempeño. No obstante, en el caso de la hipomentalización, los grupos con riesgo bajo y alto de consumo y depresión alta, tienen un mejor desempeño que el grupo categorizado en depresión baja. Este rendimiento, se considera como atípico debido al enlentecimiento en la cognición que es propio de los estados de ánimo depresivos, haciendo pensar que las personas con depresión estarían más atentos a los estados mentales ajenos, en particular, utilizando la mentalización de forma más eficaz cuando es mentalización afectiva. Lo anterior hace pensar que las personas con mayor sintomatología depresiva buscan en los demás una forma de entender sus propios estados mentales y/o buscando aspectos, a modo de estrategia, para cambiar su estado de ánimo.

Es relevante el hecho que el grupo que presentó estrés alto, no presentara ningún caso de riesgo bajo de consumo, cabe destacar que este grupo estaba conformado por personas que jamás habían probado alguna sustancia o que si bien lo habían hecho no cumplían con los criterios clínicos del instrumento. Lo anterior se condice con el modelo explicativo, que relaciona el consumo de sustancias como una vía de regulación del estrés. Esto sumado a las diferencias de medias presentada en la variable disponibilidad en el apego en la categoría apego bajo, la cual resultó ser estadísticamente significativa ( $p=,031$ ). Lo anterior da cuenta de la relación con la figura de apego y el consumo de sustancias, lo que implica que cuando hay una relación de apego de mejor calidad, se ve favorecida la mentalización y por tanto disminuye a probabilidad de consumo de sustancias. Según plantean Fonagy, Bateman & Luyten (2012), el apego es una forma para regular los estados emocionales y en particular el estrés, y esta regulación es promotora de la capacidad para mentalizar. Sumado a esto, hay dos puntajes dentro del apego y enojo bajo que están próximos a ser estadísticamente

significativos, mentalización y mentalización afectiva. Lo anteriormente dicho, deja en manifiesto que se debiera seguir explorando esta relación entre estrés, el consumo de sustancias y apego, considerando que el consumo de sustancias es estrategia de regulación para el primero y el apego que media el estrés.

Por su parte el grupo catalogado en ansiedad alta y riesgo bajo, tuvo mejor rendimiento en mentalización, hipomentalización, hipermentalización y mentalización afectiva; y su rendimiento más bajo fue en no mentalizar y mentalización cognitiva. Lo que da a entender que este grupo tiene una mentalización con un componente emocional regulado, pero al momento de fallar tiene un distanciamiento con la situación donde tenga que mentalizar y para revertir esto mentaliza de forma cognitiva, pero cae en errores. Respecto al grupo catalogado en ansiedad baja, el grupo riesgo alto de consumo se desempeñó mejor en mentalización, hipomentalización, no mentalizar y mentalización cognitiva; mientras que su rendimiento fue menor en hipermentalizar. De lo anterior se puede señalar que este grupo mentaliza bien, excepto cuando hay un componente emocional, donde comenzaría a elaborar ideas complejas respecto a la situación que les sucede.

Un aspecto explicado y estudiado por Fonagy y Bateman (2014) es la relación del compromiso de la mentalización cuando existe sintomatología asociada al trastorno de la personalidad límite, se señala que las personas con estas características tienden a tener más fallas en la capacidad de mentalización, ya que esta función está más centrada en el sí mismo y en lo afectivo, lo que también es visible en este estudio sí compara las medias de cada variable de mentalización y su categoría de consumo pareando cada una con su respectiva categoría entre los grupos ausencia o presencia de sintomatología asociada a trastorno de la personalidad límite. Por si parte, el grupo ausencia del trastorno obtuvo una mayor cantidad

de medias altas en comparación al grupo que presenta rasgos de este trastorno, haciendo ver que tienen un mejor desempeño.

En cuanto a la comparación por riesgo de consumo, el grupo que presenta sintomatología alta de TPL y su vez categorizado en alto riesgo de consumo, tuvo un mejor desempeño en mentalización, hipermentalización, no mentalizar y mentalización afectiva; y menor desempeño en hipomentalización y mentalización cognitiva. Esto sugiere que las personas con consumo y sintomatología TPL, están mentalizando lo que ocurre en su medio de forma constante. Se entiende entonces que se está buscando señales del medio para poder entenderlo de forma correcta, con un acento en lo afectivo más que lo cognitivo.

Por su parte el grupo con riesgo alto de consumo tuvo un buen desempeño en las seis variables de mentalización, por sobre el grupo riesgo bajo, al considerar la ausencia de TPL. Al igual que el caso anterior, habla de cómo las personas que consumen están atentos al medio y buscando la forma de entenderlo, pero en el caso de no haber presencia del trastorno lo hacen de mejor forma.

Respecto a la cooperación en el apego, el grupo riesgo bajo de consumo tiene un mejor desempeño en las seis variables de mentalización para cooperación baja. Lo que tiene relación con lo reportado en los casos anteriores de las variables de apego, donde las variables de apego tienen relación en como mentalizan las personas y el consumo de sustancias. Mientras que para la cooperación alta se da el caso contrario donde el grupo riesgo alto tiene mejor desempeño en las seis variables de mentalización. Lo que se puede relacionar con que la alta presencia de cooperación en apego, hace tener una mejor comprensión de los estados mentales, aunque con un poco de sobrecompensación, ya que la presencia del consumo explicaría tendencia de estar desconectado de las experiencias de mentalizar.

## 8. Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue identificar si existen diferencias en la mentalización en adolescentes entre 14 y 18 años que presentan consumo problemático de sustancias respecto a adolescentes de la misma edad que no presentan este tipo de consumo. En específico saber si la mentalización en los adolescentes que tienen un riesgo de consumo más elevado tienen un desempeño menor que aquellos que no.

Respecto a los objetivos secundarios de esta investigación, se cumple con haber caracterizado la mentalización de ambos grupos y con esto poder comparar que ocurre con la mentalización al existir un consumo problemático de sustancias, tarea para lo cual se consideraron covariables clínicas, tales como: ansiedad, depresión, estrés, rasgos del trastorno límite de personalidad y relación con las figuras de apego, como factores que inciden en la mentalización. No obstante, la posibilidad de dar con perfil de mentalización para cada uno de los grupos no es posible debido a la baja significación estadística obtenida.

Los resultados de este estudio no son concluyentes, ya que los datos recogidos y los análisis que se llevaron a cabo no entregaron diferencias estadísticamente significativas en la gran mayoría de los casos, salvo en la relación que existe entre la mentalización afectiva y la covariable disponibilidad en el apego. Lo que según lo propuesto desde la revisión de la literatura era de esperarse, aunque con mayor validez estadística.

Respecto al no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las covariables utilizadas, se considera que faltan estudios con el instrumento MASC en población adolescente, los que ayuden a entender cómo se manifiesta la mentalización éstos y si el instrumento es óptimo para esta edad. Cabe destacar que, el instrumento utilizado, es un video que muestra una historia donde se infiere lo que ocurre, por tanto, es una forma de medir la mentalización que tiene un foco centrado en lo exterior más que lo interior y a su

vez un énfasis en lo cognitivo que en lo afectivo. Un último aspecto a considerar es que este instrumento no está validado en población chilena, lo cual podría originar que los resultados no sean concluyentes.

En relación con el valor de este estudio, se puede decir que es un trabajo pionero en el país, debido a que es un constructo que lleva alrededor de 25 años en su desarrollo, además de centrarse en una población poco considerada para realizar estudios de este tipo. Otro aspecto a destacar es el uso del instrumento MASC, que se ha utilizado en pocos estudios en el país y que a la fecha no han sido publicados, lo que le permite a este estudio ser un piloto para futuras investigaciones en consumo de sustancias y mentalización. Además de estudiar una capacidad humana en un momento crítico para el desarrollo en general y en particular para el cerebro que se encuentra en una serie de cambios, los que afectarán el desenvolvimiento en la vida adulta de las personas.

Un aspecto a considerar es la cantidad de participantes que son evaluados en estudios de esta naturaleza, que se llevan a cabo con un número de participantes de al menos 100 casos válidos (Sharp et al., 2011; 2013), superior a los 66 obtenidos para este estudio; como también la representatividad de los distintos niveles socioeconómicos a la hora de estudiar un fenómeno tan complejo como el consumo de sustancias, lo cual no se pudo llevar a cabo para este estudio, ya que sólo se obtuvo una muestra de un liceo de la región de Valparaíso. Lo anteriormente dicho sugiere que este estudio tiene una baja potencia estadística debido a la cantidad de participantes.

Finalmente, se puede ampliar la base de este estudio considerando una muestra más grande e incluir variables socioeconómicas. Además de utilizar más de un test de mentalización para tener una mejor caracterización de la misma, como a su vez otras alternativas para la medición de los aspectos clínicos. No obstante, las cuestiones metodológicas señaladas,

resulta importante seguir estudiando la mentalización en esta etapa del desarrollo, ya sea con el mismo instrumento u otros, que permitan diversidad de datos, ya que es el momento donde ésta se termina de desarrollar la mentalización, debido a los cambios estructurales que se dan en el cerebro.

## 9. Referencias

- Allen, J. Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Álvarez, J. Castellano, A. Rivas, C. Sánchez, E. Cano, M & Sevillano, C. (2015). Consumo de cocaína y estado de las funciones ejecutivas. *Revista española de drogodependencias*, (2), 13-23.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bava, S. & Tapert, S. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology review*, 20(4), 398-413.
- Blakemore, S. & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 296-312.
- Bosco, F. Capozzi, F. Colle, L. Marostica, P. & Tirassa, M. (2014). Theory of mind deficit in subjects with alcohol use disorder: an analysis of mindreading processes. *Alcohol and Alcoholism*, 49(3), 299-307.
- Bouchard, M. Target, M. Lecours, S. Fonagy, P. Tremblay, L. M. Schachter, A. & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47.
- Calvete, E. & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.
- Caudevilla, F. (2010). Intervención en el adolescente consumidor de drogas. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría*, 237-44.

De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.

Del Bosque, J. Fernández, C. Sánchez, R. Díaz, D. Gutiérrez, A. Fuentes, ... & Nanni, R. (2013). El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. *Salud mental*, 36(2), 149-158.

Dziobek, I. Fleck, S. Kalbe, E. Rogers, K. Hassenstab, J. Brand, M., ... & Convit, A. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(5), 623-636.

Escrivá, V. Navarro, M. & García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.

Espada, J. Botvin, G. Griffin, K. & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84).

Espada, J. Morales. A. & Orgilés M. (2013). Relación entre la edad de debut sexual y el sexo bajo los efectos de las drogas en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias*, (1), 25-35.

Espada, J. Pereira, J. & García-Fernández, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.

Fernández-Duque, D. (2008). Bases cerebrales de la conducta social, la empatía y la Teoría de la Mente. *Labos, E., Manes, F. & Slachevsky, A. Tratado de neuropsicología clínica: Bases conceptuales y técnicas de evaluación. Buenos Aires: Akadia Editorial*, 399-407.

Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical Psychology*, 62(4), 411-430.

Bateman, A. & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub.

Fonagy, P. Gergely, G. & Jurist, E. Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self.

Fonagy, P. & Luyten, P. (2011). The roots of borderline personality disorder in childhood and adolescence: A review of evidence from the standpoint of a mentalization based approach. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und Ihre Anwendungen*, 65(9-10), 900-952.

Gaete, J. Olivares, E. Rojas-Barahona, C. Rengifo, M. Labbé, N. Lepe, L. Silva, M. Yáñez Cynthia & Chen, M. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de 10 a 14 años de la ciudad de San Felipe, Chile: prevalencia y factores asociados. *Revista Médica de Chile*, 144(4).

Gobierno de Chile, Consejo nacional para el Consumo de Estupefacientes (2004). Drogas. Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes: Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2013). Guía Clínica AUGÉ: Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años.

Gobierno de Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2014). Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar.

Gobierno de Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2016). Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar.

Gobierno de Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2014). Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General.

Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista latinoamericana de psicología*, 39(3), 435-447.

- Graña, J. & Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 19-32.
- Ha, C. Sharp, C. Ensink, K. Fonagy, P. Cirino, P. (2013) The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of adolescence*, 36(6), 1215-1223.
- Haslam-Hopwood, G. Allen, J. Stein, A. & Bleiberg, E. (2006). Enhancing mentalizing through psycho-education. *Handbook of metallization-based treatment*, 249-267.
- Hauser, S. Allen, J. & Golden, E. (2006). Out of the woods: Tales of teen resilience.
- Jacobus, J., Squeglia, L. M., Infante, M. A., Bava, S., & Tapert, S. F. (2013). White matter integrity pre-and post marijuana and alcohol initiation in adolescence. *Brain sciences*, 3(1), 396-414.
- Jacobus, J., & Tapert, S. F. (2013). Neurotoxic effects of alcohol in adolescence. *Annual review of clinical psychology*, 9.
- Kramer, J. & Cambron, D. (1975). A manual on drug dependence.
- Keulers, E. H., Evers, E. A., Stiers, P., & Jolles, J. (2010). Age, sex, and pubertal phase influence mentalizing about emotions and actions in adolescents. *Developmental neuropsychology*, 35(5), 555-569.
- Laespada, T. Iraurgi, I. & Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. IDD.*
- Larrosa, S. & Palomo, J. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International journal of psychological research*, 5(1), 25-33.

- Lecannelier, F. (2006). Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo y salud mental. Editorial LOM, Santiago.
- López, K. & Costa Junior, M. (2008). Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(2).
- López, S. & Rodríguez-Arias, J. (2010) Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Muñoz-Rivas M. & Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Morey, L. & Meyer, J. (2014) Conceptualizing Youth Borderline Personality Disorder Within a PAI Framework. In *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 49-64). Springer New York.
- Negrete, B. & García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Publica*, 24(4), 223.
- Oliva, A. Parra, A. & Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico.
- Organización Mundial de la Salud, (1989). Discusiones Técnicas: La salud de los jóvenes.
- Organización Mundial de la Salud, (1999). El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la salud del adolescente en américa latina y el caribe.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias - Manual para uso en la atención primaria.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.

Organización de Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015). Informe Mundial sobre drogas.

Philps, B. Kahn, U. & Bateman, A. (2012). Drug addiction. Handbook of mentalizing in mental health practice. *American Psychiatric Publishing, Inc*, 445-62.

Rojó, G. Pedrero, E. Ruiz, J. Llanero, M. Puerta, C. (2012) Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de Neurología*, 56(3), 129-136.

Romero, M. Santander, J. Hitschfeld, M. Labbé, M. & Zamora, V. (2009). Consumo de sustancias ilícitas y psicotrópicos entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista médica de Chile*, 137(4), 459-465.

Rossouw T. & Fonagy P. (2012) Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.

Söderström, K. & Skårderud, F. (2009). Minding the baby. Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, 61(3), 47.

Steinberg, L. Dahl, R. Keating, D. Kupfer, D. Masten, A. & Pine, D. (2006) The study of developmental psychopathology in adolescence: integrating affective neuroscience with the study of context.

Strawn, J. Bitter, S. Weber, W. Chu, W. Whitsel, R. Adler, C. Cerullo, M. Elianssen, J. Strakowski, S. & Del Bello, M. (2012). Neurocircuitry of generalized anxiety disorder in adolescents: a pilot functional neuroimaging and functional connectivity study. *Depression and anxiety*, 29(11), 939-947.

Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders, 27*(1), 3.

Sharp, C. Pane, H. Ha, C. Venta, A. Patel, A. Sturek, J. & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(6), 563-573.

Sharp, C. & Venta, A. (2012). Mentalizing problems in children and adolescents. *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families, 35-53.*

## 10. Anexos

### 10.1. MASC hoja de respuestas

1.	a	b	c	d	___
2.	a	b	c	d	___
3.	a	b	c	d	___
4.	a	b	c	d	___
5.	a	b	c	d	___
6.	a	b	c	d	___
7.	a	b	c	d	___
8.	a	b	c	d	___
9.	a	b	c	d	___
10.	a	b	c	d	___
11.	a	b	c	d	___
12.	a	b	c	d	___
13.	a	b	c	d	___
13C.	a	b	c	d	___
14.	a	b	c	d	___
15.	a	b	c	d	___
16.	a	b	c	d	___
17.	a	b	c	d	___
18.	a	b	c	d	___
19.	a	b	c	d	___
20.	a	b	c	d	___
21.	a	b	c	d	___
22.	a	b	c	d	___
23.	a	b	c	d	___
24.	a	b	c	d	___
25.	a	b	c	d	___

26.	a	b	c	d	___
27.	a	b	c	d	___
28.	a	b	c	d	___
29.	a	b	c	d	___
30.	a	b	c	d	___
31.	a	b	c	d	___
32.	a	b	c	d	___
33.	a	b	c	d	___
33C.	a	b	c	d	___
34.	a	b	c	d	___
35.	a	b	c	d	___
36.	a	b	c	d	___
37.	a	b	c	d	___
38.	a	b	c	d	___
33C.	a	b	c	d	___
39.	a	b	c	d	___
40.	a	b	c	d	___
41.	a	b	c	d	___
42.	a	b	c	d	___
43.	a	b	c	d	___
44.	a	b	c	d	___
45.	a	b	c	d	___
46.	a	b	c	d	___
47.	a	b	c	d	___
48.	a	b	c	d	___

## 10.2. ASSIST 3.0

Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas.

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor).

Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	S	N	¿A qué edad la consumiste por primera vez?	¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses?					En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir?					En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de a problemas de salud, sociales, legales o económicos?					En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de?				
				Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario	Nunca	1 o 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario p casi a diario	Nunca	1 o 2 Veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
Tabaco																							
Bebidas alcohólicas																							
Cannabis																							
Cocaína																							
Pasta base																							
Anfetaminas																							
Inhalantes																							
Tranquilizantes																							
Alucinógenos																							
Opiáceos																							

	¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de?			¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir?		
	No, Nunca	Si, si en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses	No, nunca	Si en los últimos 3 meses	Si pero no en los últimos 3 meses
<b>Tabaco</b>						
<b>Bebidas alcohólicas</b>						
<b>Marihuana</b>						
<b>Cocaína</b>						
<b>Paasta base</b>						
<b>Anfetaminas</b>						
<b>Inhalantes</b>						
<b>Tranquilizantes</b>						
<b>Alucinógenos</b>						
<b>Opiáceos</b>						

### 10.3. DASS-21

Por favor lea cada frase y marque el número 0, 1, 2 o 3 para indicar en qué medida esa frase describe lo que le pasó o sintió durante la última semana. No hay respuestas buenas o malas. Marque según su primera impresión, no se detenga demasiado en cada frase.

Las opciones de respuesta son:

- 0** No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana
- 1** Sí, esto me pasó o lo sentí en alguna medida o en algún momento.
- 2** Sí, esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces.
- 3** Si, esto me pasó mucho, o casi siempre.

1. Me costó mucho calmarme.	<b>0 1 2 3</b>
2. Me di cuenta que tenía la boca seca.	<b>0 1 2 3</b>
3. No podía sentir nada positivo.	<b>0 1 2 3</b>
4. Tuve problemas para respirar. (ej. respirar muy rápido, o perder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico).	<b>0 1 2 3</b>
5. Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas.	<b>0 1 2 3</b>
6. Me descontrolé en ciertas situaciones	<b>0 1 2 3</b>
7. Me sentí tembloroso/a (ej. manos temblorosas).	<b>0 1 2 3</b>
8. Sentí que estaba muy nervioso/a.	<b>0 1 2 3</b>
9. Estuve preocupado/a por situaciones en las cuales podría sentir pánico y hacer el ridículo.	<b>0 1 2 3</b>
10. Sentí que no tenía nada por que vivir.	<b>0 1 2 3</b>
11. Noté que me estaba poniendo intranquilo/a.	<b>0 1 2 3</b>
12. Se me hizo difícil relajarme.	<b>0 1 2 3</b>
13. Me sentí triste y deprimido/a.	<b>0 1 2 3</b>
14. No soporté que algo me apartara de lo que estaba haciendo.	<b>0 1 2 3</b>
15. Estuve a punto de tener un ataque de pánico.	<b>0 1 2 3</b>
16. Fui incapaz de entusiasarme con algo.	<b>0 1 2 3</b>
17. Sentí que valía muy poco como persona.	<b>0 1 2 3</b>
18. Sentí que estaba muy irritable.	<b>0 1 2 3</b>
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar que no había hecho ningún esfuerzo físico.	<b>0 1 2 3</b>
20. Sentí miedo sin saber por qué.	<b>0 1 2 3</b>
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	<b>0 1 2 3</b>

#### 10.4. IPDE (subescala)

##### Instrucciones:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta [VERDADERO o FALSO] que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con una “x” en el cuadro de la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un “x” en el cuadro de letra F.

Afirmación	V	F
No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser		
Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas		
Me meto en relaciones muy intensas, pero poco duraderas		
A menudo se siento vacío por dentro		
Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito		
Tengo ataques de ira o enfado		
Soy muy emocional y caprichoso		
Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales		
Llego al extremo para evitar que la gente me deje		

## 10.5. AAQ

Por favor, contesta las 9 preguntas que se muestran a continuación.

1) Estas preguntas tienen que ver con lo que sientes sobre tu relación con la persona que más te crió desde que naciste.

2) En cada frase del cuestionario aparecerá un **espacio en blanco** que corresponde a la persona que tú reconoces como aquella que más te crió.

**Deberás responder todas las preguntas pensando siempre en esa misma persona.**

3) Por favor, encierra con un círculo uno de los números del 1 al 5 que aparecen frente a cada frase. Mientras más cerca del 1 es porque NO estás de acuerdo con lo que dice la frase, y si el número es más cercano a 5, significa que SI estás de acuerdo con lo que dice la frase

4) No tienes que poner tu nombre en el cuestionario, y nadie va a saber que fuiste tú el/la que lo contestó.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.	Me hace sentir bien ser capaz de ayudar a _____	1	2	3	4	5
2.	A veces me siento enojado/a con _____ sin saber por qué	1	2	3	4	5
3.	Estoy seguro/a que _____ me escuchará.	1	2	3	4	5
4.	Me molesto con _____ porque pareciera que tengo que exigirle que me cuide y apoye.	1	2	3	4	5
5.	Estoy seguro que _____ tratará de entender cómo me siento	1	2	3	4	5
6.	Puedo ponerme en el lugar de _____ y entenderlo/a cuando se enoja.	1	2	3	4	5
7.	Disfruto ayudando a _____ cada vez que puedo.	1	2	3	4	5
8.	Hablo las cosas con _____	1	2	3	4	5
9.	Pareciera que _____ sólo me presta atención cuando estoy enojado/a	1	2	3	4	5

¿Quién es la persona que elegiste para completar los espacios en blanco?

## 10.6. Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES

#### De adolescentes de la comuna de Valparaíso

El propósito del presente documento es invitarle a participar en el estudio titulado “**Caracterización de la mentalización en Adolescentes con y sin consumo problemático de sustancias de la región de Valparaíso**”, cuyos investigador principal es Javier Morán Kneer (Mg), Psicólogo de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso y el estudiante: Adolfo Román Moraga, quienes han diseñado un proyecto de investigación que busca caracterizar las habilidades de reflexión en adolescentes con y sin consumo de sustancias de la región de Valparaíso.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados para el desarrollo de esta investigación, así como en qué consistiría la participación de su hijo(a) o pupilo(a) si accede a participar. La investigación se realizará 3 centros de la región de Valparaíso: un establecimiento de educación media y dos centros de rehabilitación y tratamiento de drogas, durante el curso de este año.

Este estudio busca determinar si el consumo prolongado y problemático de drogas tiene efectos sobre la capacidad de reflexión en los adolescentes. Se ha pensado específicamente en este grupo etario, ya que los estudios reportan que es la edad donde se comienza la exploración y consumo de drogas, lo que trae aparejado otras conductas de riesgo. Además, es una etapa sensible para el desarrollo humano en el que maduran las funciones de reflexión y por lo tanto, el consumo problemático de drogas, cuando está presente, podría llegar a afectar este tipo de capacidades aún en desarrollo. La importancia de esta investigación no solo quiere ser útil como descripción de un fenómeno común como lo es el consumo de sustancias, sino también que abriría caminos en cuanto a la prevención de consumo de sustancias y a su vez la posibilidad de mejorar las intervenciones de rehabilitación.

**El objetivo general es** identificar si existen diferencias en la mentalización (capacidades reflexivas) en adolescentes entre 14 y 18 años que presentan consumo problemático de sustancias respecto a adolescentes de la misma edad que no presentan este tipo de consumo.

**En qué consiste la participación del o de la menor de edad:** Se les hará una invitación para ser partícipe de la presente investigación firmando un asentimiento para la participación de el adolescente a su cargo. La participación y permanencia en el estudio es de índole voluntaria. El menor de edad tendrá que llenar cuestionarios de autorreporte respecto al consumo de sustancias, síntomas de depresión, de ansiedad, de estrés post trauma y capacidades reflexivas. Todas estas pruebas tienen una duración cercana a las 60 minutos.

La presente investigación no presenta ningún riesgo para sus participantes.

La presente investigación no tendrá ningún tipo de costo para el participante, ni recompensa monetaria.

El participante y/o el adulto responsable, tiene derecho a manifestar cualquier duda o inquietud que surja a los investigadores en cualquier momento del estudio al teléfono (32) 2508603 o correo de contacto: javier.moran@uv.cl Así también, el participante tiene derecho a retirarse de la investigación si así lo decide, comunicándose al investigador principal y en conocimiento de que su retiro no generará perjuicios de ningún tipo.

El nombre de los participantes se mantendrá en estricta confidencialidad y se le identificará con un código numérico. El registro de todos los datos será reservado. Sólo tendrán acceso a ellos los responsables de la investigación y serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, con carácter confidencial y los registros serán destruidos al concluir la misma.

Los resultados de la investigación podrán ser utilizados para otras investigaciones que cumplan objetivos similares y divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas siempre preservando la identidad de los participantes.

Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Dra. Mariana Cubillos, al número de teléfono 32-257 65 81

En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento firmado por el investigador.

Valparaíso, \_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_

## ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y/O TUTORES

### De adolescentes de la comuna de Valparaíso

Yo, \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_ -\_ padre, madre, y/o Tutor de \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_ -\_ declaro que el investigador principal Javier Morán Kneer (Mg), psicólogo y docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ubicada en calle Avda. Brasil 2140, Valparaíso, junto al estudiante Adolfo Román Moraga, me ha informado en detalle en qué consiste la investigación **“Caracterización de la mentalización en Adolescente con y sin consumo problemático de sustancias de la región de Valparaíso”** la cual se llevará a cabo en centros de rehabilitación de drogas y liceos de la región de Valparaíso, sé cuáles son los procedimientos a los que será sometido/a mi hijo/a y en qué consistirá mi participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente la participación de mi hijo(a) o pupilo(a) en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma Participante  
Responsable

C.I.:  
Fecha:

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma Investigador  
C.I.:

Fecha:

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado  
C.I.:  
Fecha:

Valparaíso,.....de ..... de 201...

## 10.7. Asentimiento Informado

### ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

#### Información para adolescentes de la comuna de Valparaíso

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio titulado “**Caracterización de la mentalización en Adolescentes con y sin consumo problemático de sustancias de la región de Valparaíso**”, cuyos investigador principal es Javier Morán Kneer (Mg), Psicólogo de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso y el estudiante: Adolfo Román Moraga, quienes han diseñado un proyecto de investigación que busca caracterizar las habilidades de reflexión en adolescentes con y sin consumo de sustancias de la región de Valparaíso.

Para que pueda tomar una decisión informada, explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados para el desarrollo de esta investigación, así como en qué consistiría tu colaboración si accedes a participar. La investigación se realizará en 3 centros de la región de Valparaíso: un establecimiento de educación media y dos centros de rehabilitación y tratamiento de drogas, durante el curso de este año.

Este estudio busca determinar si el consumo prolongado y problemático de drogas tiene efectos sobre la capacidad de reflexión en los adolescentes. Se ha pensado específicamente en este grupo etario, ya que los estudios reportan que es la edad donde se comienza la exploración y consumo de drogas, lo que trae aparejado otras conductas de riesgo. Además, es una etapa sensible para el desarrollo humano en el que maduran las funciones de reflexión y por lo tanto, el consumo problemático de drogas, cuando está presente, podría llegar a afectar este tipo de capacidades aún en desarrollo. La importancia de esta investigación no solo quiere ser útil como descripción de un fenómeno común como lo es el consumo de sustancias, sino también que abriría caminos en cuanto a la prevención de consumo de sustancias y a su vez la posibilidad de mejorar las intervenciones de rehabilitación.

**El Objetivo general del estudio es** identificar si existen diferencias en la mentalización (capacidades reflexivas) en adolescentes entre 14 y 18 años que presentan consumo problemático de sustancias respecto a adolescentes de la misma edad que no presentan este tipo de consumo.

**Tu** participación y permanencia en el estudio es de índole voluntaria. Tendrás que llenar cuestionarios de autorreporte respecto al consumo de sustancias, síntomas de depresión, de ansiedad, de estrés post trauma y capacidades reflexivas. Todas estas pruebas tienen una duración cercana a las 60 minutos.

La presente investigación no presenta ningún riesgo para ti.

La presente investigación no tendrá ningún tipo de costo para el participante, ni recompensa monetaria.

Tienes derecho a manifestar cualquier duda o inquietud que surja a los investigadores en cualquier momento del estudio al teléfono (32) 2508603 o correo de contacto: javier.moran@uv.cl También tienes derecho a retirarte de la investigación si así lo decides, comunicándoselo al investigador principal y tu retiro no generará perjuicios de ningún tipo.

Tu nombre se mantendrá en estricta confidencialidad y se te identificará con un código numérico. Todo registro de datos será reservado. Sólo tendrán acceso a ellos los responsables de la investigación y serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, con carácter confidencial y los registros serán destruidos al concluir la misma.

Los resultados de la investigación podrán ser utilizados para otras investigaciones que cumplan objetivos similares y divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas siempre preservando la identidad de los participantes.

Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Dra. Mariana Cubillos, al número de teléfono 32-257 65 81.

En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento firmado por el investigador.

(32) 2508603

Nombre del participante

Javier.moran@uv.cl

---

Firma

---

Firma

## ACTA ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, RUT\_\_\_\_\_ -\_ declaro que el investigador Adolfo Román Moraga, supervisado por, Javier Morán Kneer (Mg), psicólogo y docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso ubicada en calle Avda. Brasil 2140, Valparaíso, me ha informado en detalle en qué consiste la investigación **“Caracterización de la mentalización en Adolescente con y sin consumo problemático de sustancias de la región de Valparaíso”** la cual se llevará a cabo en centros de rehabilitación de drogas y establecimientos de educación media de la región de Valparaíso, acepto participar en dicho estudio de acuerdo a lo explicado en el Asentimiento Informado.

Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador. Entiendo que poseo el derecho de revocar mi asentimiento sin que esta decisión pueda ocasionarme algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Participante  
Responsable C.I.:  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Investigador  
C.I.:  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado  
C.I.:  
Fecha:

Valparaíso,.....de ..... de 201...