

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

Caracterización de la salud mental de hombres en rehabilitación por consumo de metanfetamina y marihuana: depresión y antecedentes de violencia intrafamiliar

Characterization of the mental health of men in rehabilitation for
methamphetamine and marijuana use: depression and history of
domestic violence

Karina Mendoza Calamaco

karina.mendoza@ibero-torreon.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0009-5320-6292>
Universidad Iberoamericana Torreón
Torreón – México

Adriana Lorena Acosta Gamboa

adriana.acosta@ibero-torreon.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0009-5867-4888>
Universidad Iberoamericana Torreón
Torreón – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5799>

Artículo recibido: 29 de diciembre de 2025.
Aceptado para publicación: 04 de mayo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos


LATAM

Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5799>

Caracterización de la salud mental de hombres en rehabilitación por consumo de metanfetamina y marihuana: depresión y antecedentes de violencia intrafamiliar

Characterization of the mental health of men in rehabilitation for methamphetamine and marijuana use: depression and history of domestic violence

Karina Mendoza Calamaco

karina.mendoza@ibero-torreon.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0009-5320-6292>
Universidad Iberoamericana Torreón
Torreón – México

Adriana Lorena Acosta Gamboa

adriana.acosta@ibero-torreon.edu.mx
<https://orcid.org/0009-0009-5867-4888>
Universidad Iberoamericana Torreón
Torreón – México

Artículo recibido: 29 de diciembre de 2025. Aceptado para publicación: 04 de mayo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen


La adicción a sustancias psicoactivas, especialmente marihuana y metanfetaminas, constituye un problema relevante de salud pública por su impacto en la salud mental y el funcionamiento social. El objetivo fue analizar la influencia de la depresión y la violencia intrafamiliar en el consumo de estas sustancias. Se trabajó con una muestra de 51 hombres de 14 años en adelante, reclutados por conveniencia en un centro de atención en adicciones. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de creencias sobre violencia intrafamiliar, además de datos sociodemográficos. Los resultados muestran que la depresión se expresa principalmente mediante culpa, autocrítica y sensación de castigo, más que tristeza intensa, evidenciando un patrón de autocastigo e indefensión. Paralelamente, se identificó una fuerte normalización de la violencia familiar, donde el castigo físico es percibido como necesario para la disciplina y el respeto. Estas creencias se vinculan con modelos tradicionales de autoridad masculina. En conjunto, los hallazgos sugieren que la internalización del autocastigo y la legitimación de la violencia actúan como factores relevantes en el consumo de sustancias, representando un reto clínico importante para los procesos de rehabilitación y la intervención terapéutica. Asimismo, estos resultados destacan la necesidad de intervenciones integrales que aborden tanto los síntomas depresivos como las creencias culturales que sostienen la violencia, promoviendo formas de relación más equitativas y estrategias de regulación emocional. Esto podría contribuir a reducir recaídas y favorecer procesos de cambio sostenido en la población atendida en contextos terapéuticos especializados en adicciones masculinas contemporáneas en México.

Palabras clave: adicción, marihuana, metanfetamina, depresión, violencia intrafamiliar

Abstract

Addiction to psychoactive substances, especially marijuana and methamphetamines, constitutes a significant public health problem due to its impact on mental health and social functioning. The objective of this study was to analyze the influence of depression and domestic violence on the use of these substances. A sample of 51 men aged 14 and older, recruited by convenience sampling from an addiction treatment center, was used. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Domestic Violence Beliefs Scale were administered, in addition to sociodemographic data. The results show that depression is expressed primarily through guilt, self-criticism, and a sense of punishment, rather than intense sadness, revealing a pattern of self-punishment and helplessness. Simultaneously, a strong normalization of domestic violence was identified, where physical punishment is perceived as necessary for discipline and respect. These beliefs are linked to traditional models of male authority. Taken together, the findings suggest that the internalization of self-punishment and the legitimization of violence act as relevant factors in substance use, representing a significant clinical challenge for rehabilitation processes and therapeutic intervention. These results also highlight the need for comprehensive interventions that address both depressive symptoms and the cultural beliefs that underpin violence, promoting more equitable relationships and emotional regulation strategies. This could contribute to reducing relapses and fostering sustained change in the population served in therapeutic settings specializing in contemporary male addictions in Mexico.

Keywords: addiction, marijuana, methamphetamine, depression, domestic violence

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Mendoza Calamaco, K., & Acosta Gamboa, A. L. (2026). Caracterización de la salud mental de hombres en rehabilitación por consumo de metanfetamina y marihuana: depresión y antecedentes de violencia intrafamiliar. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 2186 – 2207. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5799>

INTRODUCCIÓN

La adicción a sustancias psicoactivas, particularmente a la marihuana y las metanfetaminas, representa un problema relevante de salud pública debido a sus efectos en la salud mental y en el funcionamiento social de quienes la padecen. Estas sustancias, además de generar dependencia, se asocian con alteraciones emocionales significativas, entre ellas la depresión, trastorno caracterizado por tristeza persistente, pérdida de interés, baja autoestima y, en casos graves, riesgo suicida.

Diversos estudios han señalado que la depresión es frecuente en personas con adicción, ya sea como factor de riesgo, consecuencia del consumo o como condición coexistente que agrava su pronóstico clínico. Asimismo, el contexto familiar desempeña un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones, especialmente en entornos caracterizados por violencia intrafamiliar.

A pesar de lo anterior, existe limitada información sobre la presencia de depresión y antecedentes de violencia intrafamiliar en hombres en rehabilitación en la Comarca Lagunera. La investigación se justificó por la necesidad de generar información que permitiera caracterizar su estado de salud mental, así como comprender el estado emocional y las necesidades de atención psicológica dentro de los centros de rehabilitación.

Por ello, el objetivo de este estudio es analizar la presencia de depresión y antecedentes de violencia intrafamiliar en hombres en rehabilitación por consumo de metanfetamina y marihuana con el fin de aportar información que facilite el desarrollo de estrategias de intervención y apoyo en los procesos de rehabilitación, así como en programas de atención en salud mental.

En este sentido, la pregunta de investigación es: ¿cuál es la presencia de depresión y antecedentes de violencia intrafamiliar en esta población?

METODOLOGÍA

Enfoque de investigación

El presente estudio se realizó bajo un enfoque cuantitativo con alcance explicativo, orientado a caracterizar la salud mental en hombres con consumo de metanfetaminas y marihuana. Este enfoque permitió analizar la relación entre variables como síntomas depresivos y antecedentes de violencia intrafamiliar, proporcionando datos medibles y comparables para comprender la problemática estudiada.

Diseño del estudio

Se utilizó un diseño no experimental transversal, lo que permitió observar y describir las características de la población en un momento específico sin intervenir en su tratamiento. Este diseño facilita la identificación de patrones y relaciones entre variables, como el consumo de sustancias, la presencia de depresión y la exposición a violencia intrafamiliar, en un contexto real de rehabilitación.

Participantes

La población estuvo conformada por 51 hombres, con edades comprendidas entre 14 y 54 años, actualmente en tratamiento por adicción a metanfetaminas y marihuana. Los participantes se encontraban internos en la Unidad Terapéutica "Un Camino hacia la Esperanza", ubicada en el Ejido Guadalupe Victoria, Municipio de Matamoros, Coahuila.

El muestreo fue de conveniencia, seleccionando a los sujetos por su accesibilidad y disponibilidad para participar en la investigación. Todos los participantes habían permanecido un mínimo de tres semanas

sin consumir sustancias, lo que garantiza la seguridad en la aplicación de los instrumentos y permitió evaluar únicamente la salud mental y los antecedentes de violencia intrafamiliar.

Instrumentos de recolección de datos

Para la medición de las variables se utilizaron instrumentos estandarizados y validados:

Síntomas depresivos: Se empleó el Inventario de Beck (BDI-II), ampliamente reconocido por su capacidad de medir la intensidad de la depresión (Beck et al., 1996).

Violencia intrafamiliar: Se aplicó la Escala para medir Creencias que perpetúan la Violencia Intrafamiliar (CBPVI) desarrollada por Arya (2003) y validada en México por Rizo & Santoyo (2021), la cual permite identificar creencias asociadas a la normalización y perpetuación de la violencia en el entorno familiar.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó presencialmente dentro de las instalaciones del centro de rehabilitación. Los cuestionarios se digitalizaron y aplicaron mediante la plataforma Google Forms, lo que permitió la recopilación organizada y automática de los datos. Cada participante respondió de manera individual utilizando una computadora con acceso a internet, asegurando privacidad y comodidad durante el proceso.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron organizados y analizados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias, porcentajes y desviaciones estándar, con el apoyo de un programa estadístico. Este análisis permitió caracterizar la población en términos de prevalencia de síntomas depresivos y antecedentes de violencia intrafamiliar, identificando patrones relevantes para la interpretación de los resultados.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos fundamentales: consentimiento informado, confidencialidad, anonimato, respeto a la integridad física y emocional de los participantes y no hubo intervención en su tratamiento. Se garantizó que la participación fuera voluntaria y que los datos fueran utilizados únicamente con fines de investigación académica, siguiendo las normas éticas internacionales en investigación con seres humanos.

DESARROLLO

El presente estudio aborda la problemática de las adicciones en hombres con adicción a metanfetaminas y marihuana, al considerar la presencia de síntomas depresivos y antecedentes de violencia intrafamiliar. Este análisis permite una comprensión estructurada del consumo de sustancias en la salud mental y en la dinámica familiar.

Adicción

La adicción es una enfermedad neurológica caracterizada por la búsqueda compulsiva de una sustancia, pérdida de control, dificultad para la abstinencia y deterioro en las relaciones interpersonales (Diccionario Médico de Clínica Universidad de Navarra, 2026). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es un trastorno crónico asociado al consumo persistente pese a sus consecuencias negativas (Secretaría de Salud, 2023). El policonsumo es frecuente, ya que entre el 20% y 30% de los

alcohólicos en población general y hasta el 80% en tratamiento presentan dependencia a otra sustancia (Miller, 1991).

A nivel global, entre 296 y 300 millones de personas consumen sustancias psicoactivas, de las cuales alrededor del 10% desarrolla trastornos asociados y sólo una minoría accede a tratamiento (Secretaría de Salud, 2023; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2023). Esta problemática se ha intensificado con el aumento de drogas sintéticas, debido a su fácil producción y distribución. Por ello, es fundamental garantizar servicios de tratamiento accesibles y libres de estigmatización (Secretaría de Salud, 2023).

En México, el consumo es mayor en hombres, con prevalencias de 14% en marihuana, 6.2% en cocaína y 1.4% en anfetamínicos (Centros de Integración Juvenil, 2018). Asimismo, aproximadamente el 80% de las personas en rehabilitación son hombres (El Universal, 2025). En Coahuila, el consumo supera la media nacional, destacando la marihuana como la sustancia de mayor uso (Centros de Integración Juvenil, 2018), además de un incremento reciente en el consumo de cannabis y metanfetaminas.

La demanda de atención ha aumentado significativamente, duplicándose entre 2010 y 2024 (Betanzos, 2025). Sin embargo, el acceso a tratamiento sigue siendo limitado, tanto a nivel internacional como nacional (Cooper, 2026). En México, los centros de rehabilitación presentan una ocupación del 64.6% (Molina & Rodríguez, 2023), lo que evidencia la magnitud del problema y la necesidad de fortalecer los programas de atención. En conjunto, estos datos reflejan que el consumo de drogas constituye un problema de salud pública con impacto en la dinámica familiar y social (Centros de Integración Juvenil, 2018; Cooper, 2026).

Metanfetaminas y marihuana

Las drogas estimulantes de tipo anfetamínico incrementan la actividad del sistema nervioso central, generando mayor alerta, energía, concentración y euforia, así como disminución del sueño y del apetito (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013; Brailowsky, 2002; Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud, 2025).

La metanfetamina presenta formas D y L, siendo la primera hasta cinco veces más potente. Su forma cristalina, conocida como "cristal", suele consumirse fumada, inhalada o inyectada y se presenta como fragmentos similares al vidrio (Courtney & Ray, 2014; NIDA, 2019; Jiménez & Castillo, 2011; Case et al., 2008).

Por su parte, el cannabis sativa ha sido utilizada históricamente con fines diversos; sin embargo, sus componentes activos afectan la memoria, la atención y la toma de decisiones, además de asociarse con problemas como depresión, psicosis y bajo rendimiento académico (Fuente, 2015; Gladys Torres, 2012).

Depresión

La depresión es un trastorno de la salud mental caracterizado por un estado de ánimo persistentemente bajo y la pérdida de interés o placer en actividades habituales, afectando el funcionamiento social, familiar y laboral (Organización Mundial de la Salud, 2025; Myers, 2014). A diferencia de los cambios emocionales cotidianos, su duración e intensidad generan un impacto significativo, especialmente en personas que han experimentado abuso, pérdidas u otros eventos estresantes (Organización Mundial de la Salud, 2025).

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas padecen depresión, de las cuales cerca del 60% no recibe atención profesional, a pesar de la efectividad de los tratamientos disponibles (Lang & Borgwardt, 2013; Kessler et al., 2005). Este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres

(Organización Mundial de la Salud, 2025). En México, el 8.8% de la población ha presentado al menos un episodio depresivo, constituyéndose además como un factor de riesgo importante para el suicidio (Medina-Mora, Borges, Lara & Benjet, 2005).

La depresión se asocia con aproximadamente 850,000 muertes anuales a nivel global, y en México más de la mitad de los suicidios están relacionados con este trastorno. Asimismo, la tasa de suicidio ha mostrado un incremento sostenido, alcanzando cifras elevadas en algunas regiones del país (Belló, Puentes-Rosas, & Medina-Mora, 2005).

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales como tristeza persistente, baja autoestima, culpa, fatiga, aislamiento social y pensamientos suicidas (Lang & Borgwardt, 2013; Pérez-Padilla et al., 2017; Mayberg, 2003). Para su diagnóstico, el DSM-5 establece la presencia de al menos cinco síntomas durante dos semanas, incluyendo estado de ánimo depresivo o anhedonia, además de alteraciones del sueño, apetito, energía, concentración y sentimientos de inutilidad (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013; Tolentino & Schmidt, 2018).

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es un delito que implica el ejercicio abusivo de poder para dominar, controlar o agredir a un miembro de la familia, manifestándose en formas físicas, psicológicas, económicas o sexuales (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2023). Incluye conductas como insultos, amenazas, golpes o humillaciones, las cuales suelen normalizarse dentro de la dinámica familiar (Gobierno de México, 2023; Secretaría de Relaciones Exteriores, 2023). Este tipo de violencia afecta la integridad física, emocional y social de las personas, pudiendo presentarse en distintos vínculos familiares (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, s.f.; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, s.f.).

Sus consecuencias abarcan problemas de salud, depresión, baja autoestima, dificultades relacionales e incluso la muerte. En niñas, niños y adolescentes se asocia con bajo rendimiento académico, conductas de riesgo y consumo de sustancias (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, s.f.; Valdebenito & UNICEF Chile, 2015). En México, la violencia familiar representa un problema de salud pública, con altos niveles de incidencia y aumento durante el confinamiento, además de su relación con problemas de salud mental (Centros de Integración Juvenil, 2022).

El entorno familiar violento constituye un factor de riesgo para el consumo de drogas y el desarrollo de trastornos psicológicos, generando sentimientos de culpa, aislamiento y dificultades en el desarrollo emocional (Centros de Integración Juvenil, 2022). Desde una perspectiva sistémica, la familia funciona como una unidad donde las dinámicas, comunicación y estructura influyen en el comportamiento de sus miembros (González, 2009).

Autores como Minuchin (2004) describen familias con sobreprotección, rigidez y dificultades para resolver conflictos, mientras que Satir (1986) plantea que los síntomas del paciente identificado reflejan desequilibrios familiares. La homeostasis familiar explica cómo se mantienen patrones disfuncionales, donde los síntomas funcionan como mecanismos para conservar el equilibrio. Asimismo, la relación de pareja y la comunicación son elementos centrales en el funcionamiento familiar (Rage, 1996).

En familias con dinámicas disfuncionales, el control parental suele ser inconsistente y la comunicación caótica, favoreciendo la perpetuación de la violencia (Minuchin, 2004; Satir, 1986). Estas condiciones influyen en el consumo de sustancias y en la efectividad de los procesos de rehabilitación, los cuales dependen también del contexto familiar y social del individuo (Cooper, 2026).

En conclusión, la adicción a metanfetaminas y marihuana en hombres es un fenómeno complejo que afecta la salud mental y la dinámica familiar. La presencia de síntomas depresivos y antecedentes de violencia intrafamiliar evidencia la interacción entre factores individuales y contextuales en el desarrollo y mantenimiento del consumo de sustancias. Asimismo, los datos muestran que se trata de un problema de salud pública creciente, especialmente en la población masculina. Por ello, es fundamental implementar estrategias integrales de prevención, tratamiento y atención psicológica dirigidas tanto al individuo como a su entorno familiar.

RESULTADOS

La edad promedio de los participantes fue de 27.53 años (DE = 9.13), con un rango de edad amplio que abarca desde los 14 hasta los 54 años. En cuanto al nivel socioeconómico, la muestra se situó predominantemente en el nivel bajo o medio-bajo, con una media de 1.92 (DE = 0.27) en una escala de 1 al 2. Respecto a la afiliación religiosa, la media de 1.57 (DE = 0.73) indica una distribución entre opciones, posiblemente catolicismo y otras denominaciones cristianas, dentro de las 3 opciones registradas (ver tabla 1).

Tabla 1

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (N = 51)

Variable	M	DE	Mínimo	Máximo
Edad	27.53	9.133	14	54
Nivel socioeconómico	1.92	0.272	1	2
Religión	1.57	0.728	1	3

Nota: M=Media; D.E= Desviación estándar.

Fuente: elaboración propia.

El análisis revela que los síntomas depresivos predominantes en esta muestra de hombres en rehabilitación se concentran en las esferas somático-afectiva y de autopercepción. Los ítems que registraron las medias más altas de severidad fueron: Sentimiento de culpa, castigo, autocrítica, tristeza, indecisión, pesimismo y pérdida de interés (ver tabla 2).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de los ítems del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Ítem (BDI-II)	Rango	M	DE
Sentimiento de culpa	3	1.57	.985
Sentimiento de castigo	3	1.75	1.246
Autocrítica	3	1.63	1.07
Tristeza	3	1.18	.994
Indecisión	3	1.14	.980
Pesimismo	3	1.14	.980
Pérdida de interés	3	1.25	.913

Nota: Se evaluaron las medias de puntuación para los ítems de la Escala de Creencias que Perpetúan la Violencia Intrafamiliar (CBPVI).

Fuente: elaboración propia.

Los resultados demuestran una preocupante normalización y justificación mayoritaria del uso de la fuerza y el castigo físico como métodos válidos de disciplina y autoridad familiar. Los ítems que obtuvieron las medias más elevadas de acuerdo fueron: Castigo físico por bienestar, obediencia y corrección, padres castigan, aceptación de azotes, un golpe de vez en cuando, disciplina por palmada, respeto por mano dura y obediencia a los mayores (ver tabla 3).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala de Creencias sobre Violencia Intrafamiliar (CBPVI)

Creencia	Rango	M	DE
Castigo por bienestar	4	4.49	1.06
Obediencia por corrección	4	3.92	1.56
Padres castigan	4	4.43	1.100
Aceptación de azotes	4	3.75	1.65
Un golpe de vez en cuando	4	4.12	1.32
Disciplina por palmada	4	3.45	1.540
Respeto por mano dura	4	4.10	1.33
Obediencia a los mayores	4	4.39	1.09

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Análisis de Sintomatología Depresiva Predominante (Inventario BDI-II)

Se analizaron las frecuencias de respuesta por ítem del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para identificar aquellos síntomas que presentaron los mayores niveles de severidad y frecuencia en la muestra de hombres en rehabilitación (N=51). El análisis detallado revela una manifestación específica de la depresión en esta población, centrada en trastornos de la autopercepción y agitación.

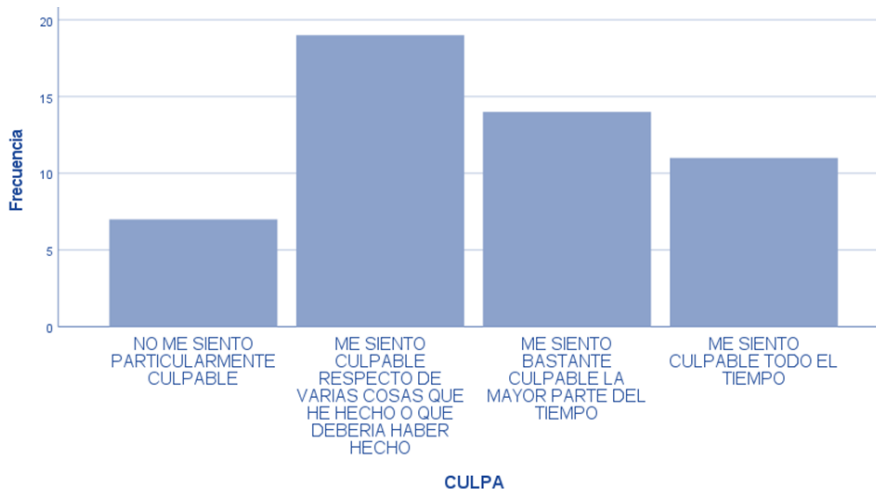
Trastornos de la Autopercepción y Sentimientos de Inadecuación

Los síntomas que evalúan la visión de sí mismo mostraron frecuencias notablemente elevadas en categorías de malestar clínico, sugiriendo un impacto significativo en la identidad del paciente.

Sentimiento de Culpa (Ítem 5 del BDI-II): Este síntoma presentó una de las mayores frecuencias clínicas de la muestra. Una mayoría consolidada de 21 participantes (41.2%) se ubicó en la categoría modal de puntuación 1, informando "Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho". Al agrupar las categorías sintomáticas acumuladas (puntuaciones 1, 2 y 3), un abrumador 88.2% (n=45) de la muestra reporta algún grado de sentimiento de culpa crónico. Solo 9 hombres (17.6%) indicaron no sentirse culpables. Esta alta prevalencia sugiere que la culpa es un síntoma central en este grupo, posiblemente vinculado a las consecuencias familiares y sociales de su consumo previo (ver gráfico 1).

Gráfico 1

Sentimiento de culpa

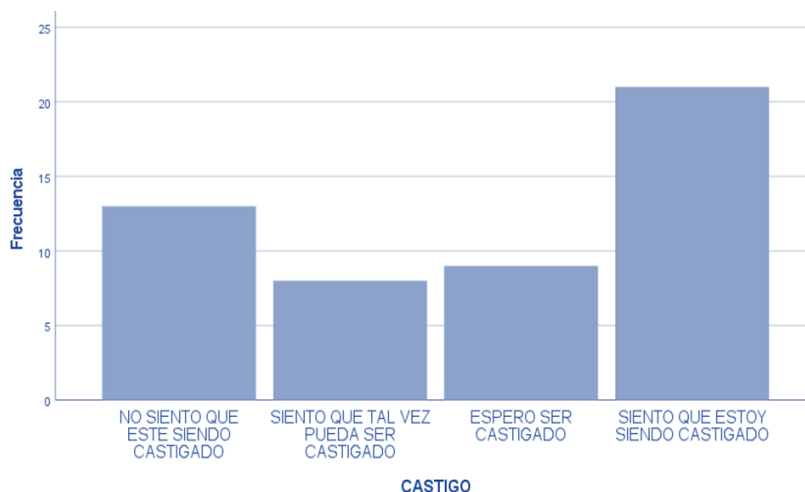


Fuente: elaboración propia.

Sentimiento de castigo (Ítem 6 del BDI-II): En una línea similar, la categoría modal para este reactivo fue la puntuación 3, con 21 participantes (41.2%) eligiendo la afirmación más grave: "Siento que estoy siendo castigado". En total, el 78.4% (n=40) de los evaluados reporta la percepción de estar recibiendo un castigo. Este hallazgo es crítico, ya que indica una interpretación punitiva y desadaptativa de sus circunstancias actuales de vida y rehabilitación (ver gráfico 2).

Gráfico 2

Sentimiento de castigo

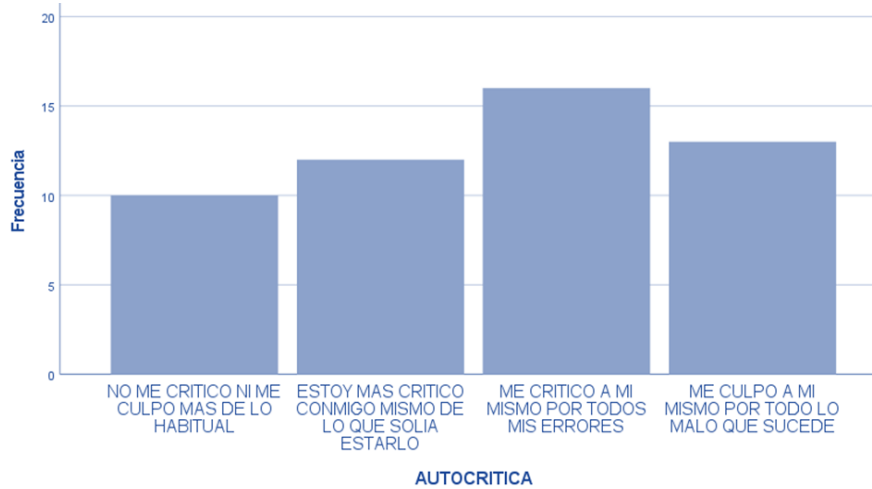


Fuente: elaboración propia.

Autocrítica (Ítem 8 del BDI-II): La categoría modal para este síntoma fue la puntuación 2, con 16 hombres (31.4%) que afirmaron "Me critico a mí mismo por todos mis errores". Al agrupar los niveles de autocrítica sintomática (puntuaciones 1, 2 y 3), encontramos que el 84.3% (n=43) de la muestra manifiesta una autoexigencia punitiva e hipercrítica (ver figura 3).

Gráfico 3

Autocrítica



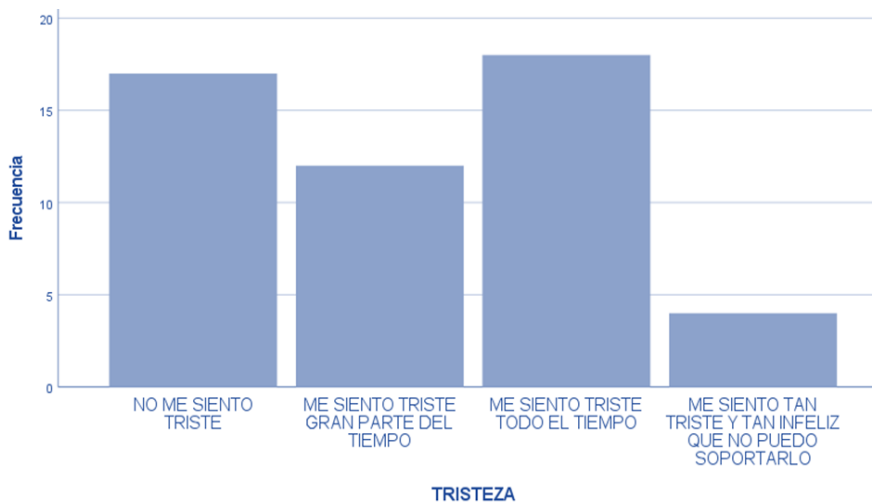
Fuente: elaboración propia.

Otros síntomas cognitivo-afectivos predominantes

Tristeza (Ítem 1 del BDI-II): Este reactivo mostró una distribución polarizada. La frecuencia modal (17 hombres, 33.3%) se observó en la puntuación 2, correspondiente a "Me siento triste todo el tiempo", indicando una alta cronicidad. Sin embargo, casi la misma proporción (16 participantes, 31.4%) puntuó 0, informando "No me siento triste". Es notable que la máxima gravedad puntuación 3) fue mínima 4 personas, 7.8 (ver gráfico 4).

Gráfico 4

Tristeza

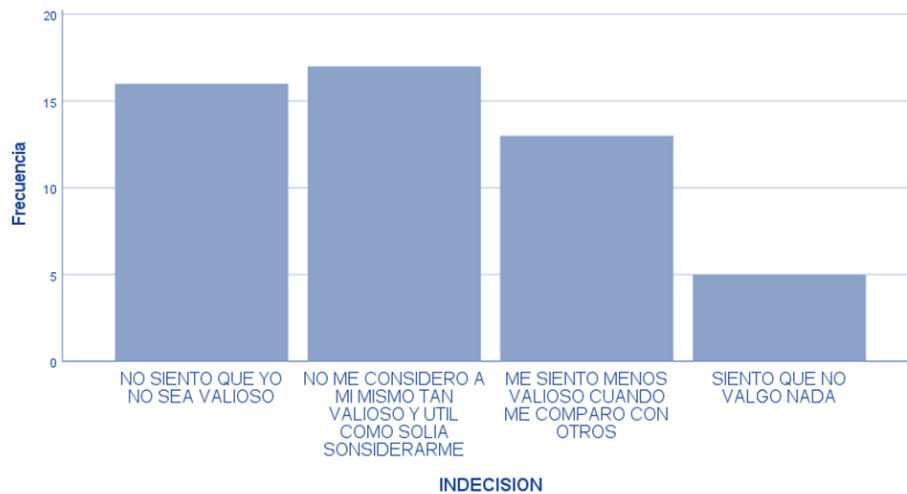


Fuente: elaboración propia.

Indecisión (Ítem 13 del BDI-II): Este síntoma cognitivo tuvo su categoría modal en la puntuación 1, con 19 participantes (37.3%) reportando "Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones". En total, el 70.6% (n=36) de la muestra manifiesta dificultades en la toma de decisiones (ver gráfico 5).

Gráfico 5

Indecisión

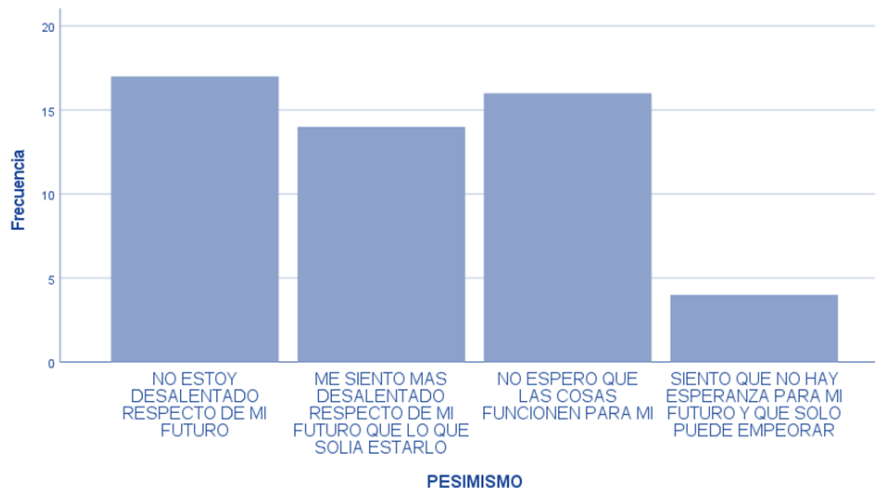


Fuente: elaboración propia.

Pesimismo (Ítem 2 del BDI-II): La mayoría de los participantes puntuaron 0, "No estoy desalentado respecto de mi futuro" (n=17, 33.3%). No obstante, las categorías sintomáticas acumuladas (puntuaciones 1 y 2) suman un 58.8% (n=30) de la muestra que presenta visiones desalentadas de su porvenir (ver gráfico 6).

Gráfico 6

Pesimismo



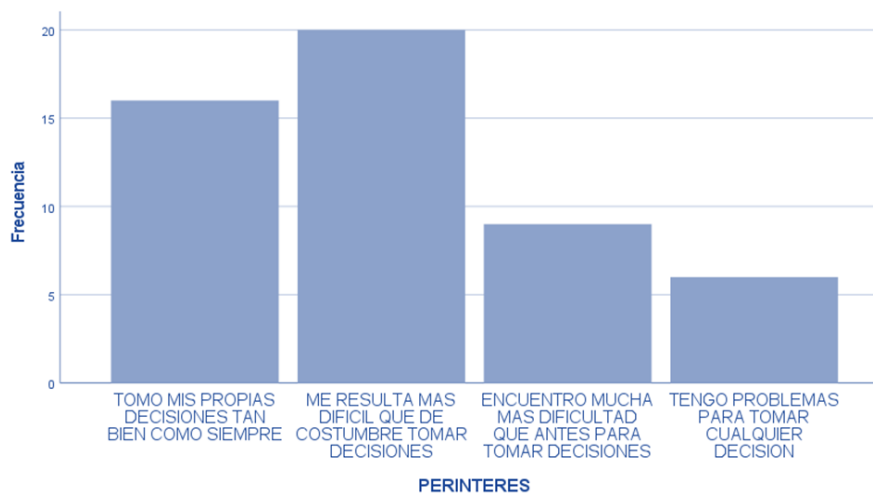
Fuente: elaboración propia.

Síntomas de Mínima Prevalencia

Pérdida de Interés (Ítem 12 del BDI-II): Alrededor de 30 participantes (58.8%) puntuaron 0 en este ítem, indicando que no han perdido interés en los demás. Las categorías sintomáticas acumuladas alcanzan un 45.1% (n=23) de la muestra (ver gráfico 7).

Gráfico 7

Pérdida de interés



Fuente: elaboración propia.

Predominancia de Creencias que Perpetúan la Violencia Intrafamiliar (Escala CBPVI)

Se analizaron las frecuencias de respuesta para los ítems de la Escala CBPVI que presentaron los mayores niveles de acuerdo por parte de la muestra de hombres en rehabilitación (N=51). Los resultados revelan una alarmante prevalencia de creencias que normalizan y justifican el uso del castigo físico como una herramienta educativa legítima y necesaria. A continuación, se detallan los hallazgos más significativos, organizados por la intensidad de la creencia justificada.

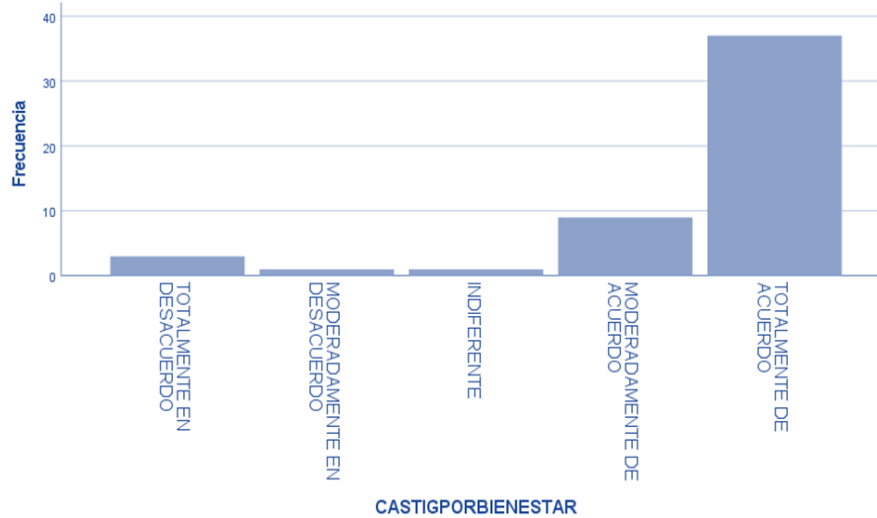
Justificación del castigo físico por bienestar e intención educativa

Las creencias que vinculan directamente el castigo físico con el bienestar o la corrección del menor presentaron las frecuencias más altas de acuerdo total, disfrazando el acto violento como una acción benevolente.

Creencia: Justificación del castigo físico por bienestar (Ítem "CASTIGO POR BIENESTAR"): Esta creencia resultó ser la más prevalente y aceptada de toda la escala. Una abrumadora mayoría de la muestra, correspondiente a 31 participantes (60.8%), se declaró "Totalmente de acuerdo" con la idea de que el castigo físico se administra por el bienestar del menor. Si a este grupo se suman los 6 individuos (11.8%) que estuvieron "Moderadamente de acuerdo", el 72.5% (n=37) de la muestra válida esta justificación (ver gráfico 8).

Gráfico 8

Castigo por bienestar

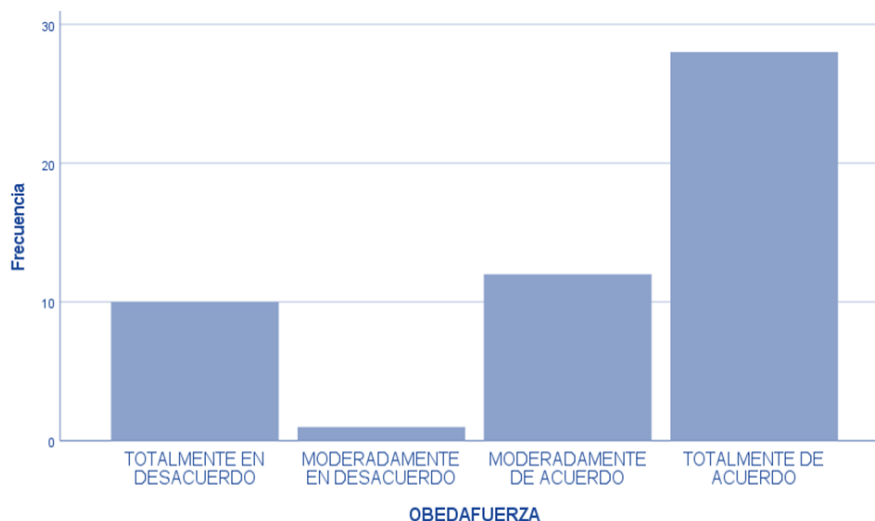


Fuente: elaboración propia.

Creencia: Obediencia y corrección (Ítem "OBEDIENCIA A LA FUERZA"): Una alta proporción de la muestra normaliza la violencia como mecanismo de control. Un total de 26 hombres (51.0%) indicaron estar "Totalmente de acuerdo" con que es necesario el castigo para lograr la obediencia, y 12 más (23.5%) estuvieron "Moderadamente de acuerdo". En conjunto, el 74.5% (n=38) de los participantes apoya esta creencia, reflejando una profunda internalización de la violencia como método legítimo de autoridad (ver gráfico 9).

Gráfico 9

Obediencia a la fuerza

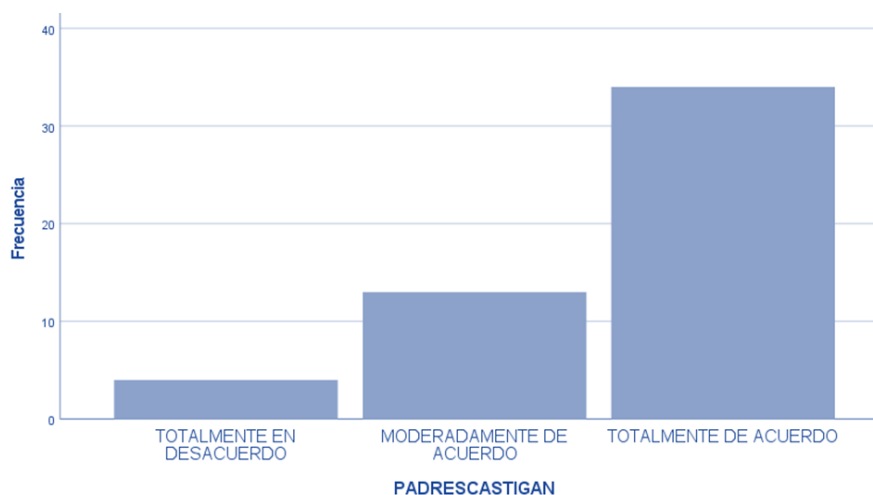


Fuente: elaboración propia.

Creencia: Deber y derecho paternal (Ítem "LOS PADRES CASTIGAN"): El "Totalmente de acuerdo" en esta categoría fue seleccionado por 27 participantes (52.9%), mientras que 14 (27.5%) marcaron "Moderadamente de acuerdo". Esto significa que el 80.4% (n=41) de los hombres en rehabilitación percibe el castigo físico no solo como una opción, sino como un deber o un derecho inherente al rol paterno para corregir a sus hijos (ver gráfico 10).

Gráfico 10

Los padres castigan



Fuente: elaboración propia.

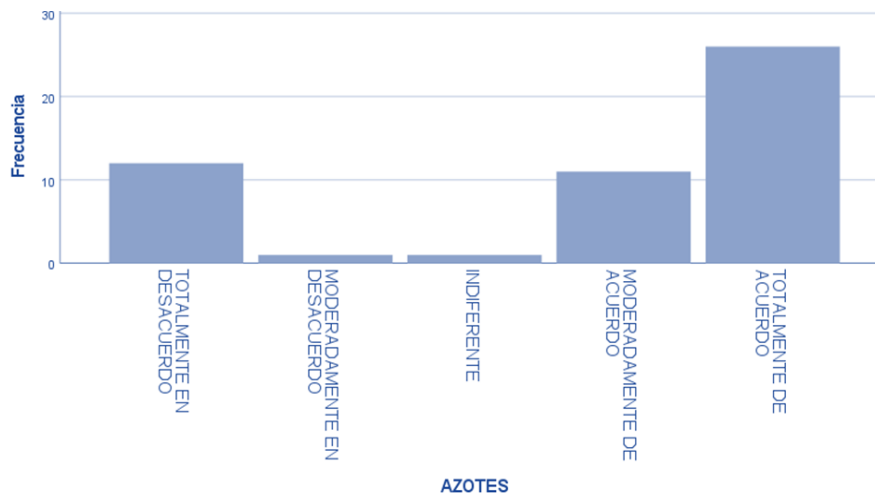
Aceptación de formas específicas de disciplina física

Los ítems que evalúan la aceptación de tipos concretos de castigo físico (azotes o golpes) también mostraron frecuencias preocupantes de acuerdo, validando la violencia física directa.

Creencia: Aceptación de azotes (Ítem "AZOTES"): Este ítem presentó una de las mayores frecuencias de acuerdo total, con 24 hombres (47.1%) declarándose "Totalmente de acuerdo" con la aplicación de azotes como forma de disciplina. Sumando los 11 (21.6%) participantes "Moderadamente de acuerdo", el 68.6% (n=35) de la muestra considera aceptable esta práctica (ver gráfico 11).

Gráfico 11

Azotes

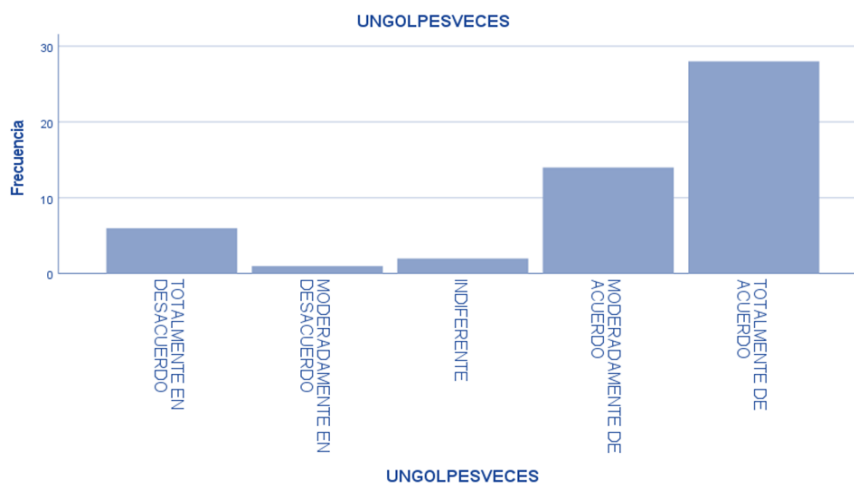


Fuente: elaboración propia.

Creencia: Aceptación de golpes (Ítem "UN GOLPE BIEN DADO Y DE VEZ EN CUANDO NO DAÑA A LOS NIÑOS"): De manera similar, 72.5% (n=37) de los evaluados donde 23 (45.1%) estuvieron "Totalmente de acuerdo" y 14 (27.5%) "Moderadamente de acuerdo") validan la creencia de que golpear al menor es una opción aceptable en determinadas circunstancias (ver gráfico 12).

Gráfico 12

Un golpe bien dado y de vez en cuando no daña a los niños

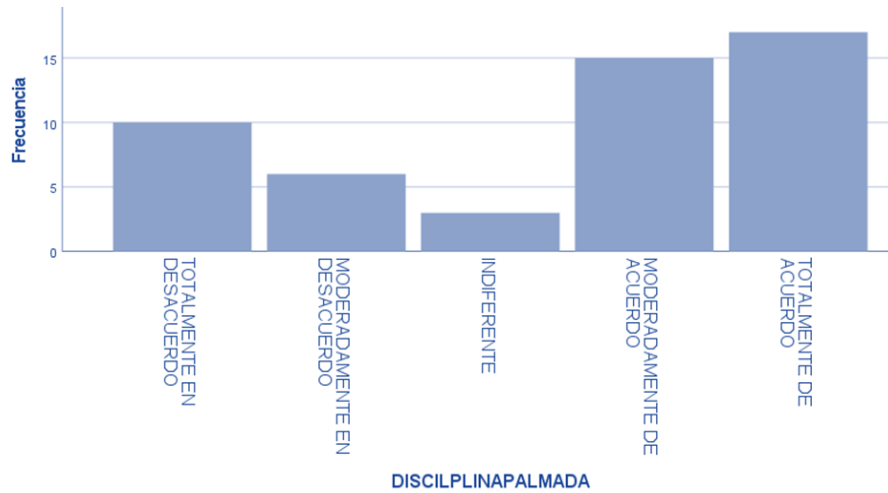


Fuente: elaboración propia.

Creencia: Disciplina por palmada (Ítem "DISCIPLINA POR PALMADA"): En este ítem, 62.7% (n=32) de la muestra mostró acuerdo (17 (33.3%) "Totalmente" y 15 (29.4%) "Moderadamente"), reforzando la idea de que cualquier forma de corrección física es aceptada culturalmente por este grupo (ver gráfico 13).

Gráfico 13

Disciplina con palmada



Fuente: elaboración propia.

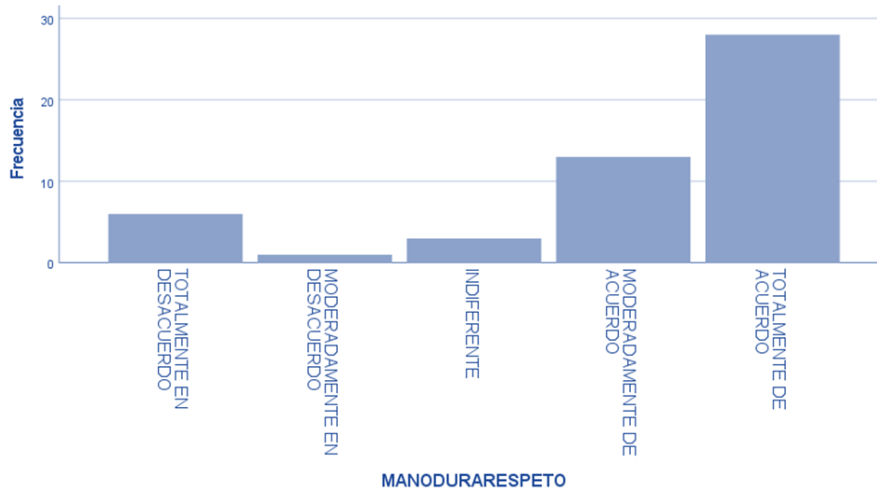
Jerarquía y autoridad basada en la fuerza

Finalmente, los resultados indican una fuerte adhesión a roles de género y familiares tradicionales, donde la autoridad se mantiene mediante la imposición.

Creencia: Autoridad masculina (Ítem "MANO DURA Y RESPETO"): Una proporción significativa de los participantes, 80.4% (n=41), mostró acuerdo (28 (54.9%) "Totalmente" y 13 (25.5%) "Moderadamente") con la creencia de que el hombre debe ejercer "mano dura" en el hogar para mantener el respeto. Este hallazgo vincula directamente una concepción rígida de la masculinidad hegemónica con el control y la perpetuación de dinámicas familiares basadas en la intimidación (ver gráfico 13).

Gráfico 14

Mano dura y respeto

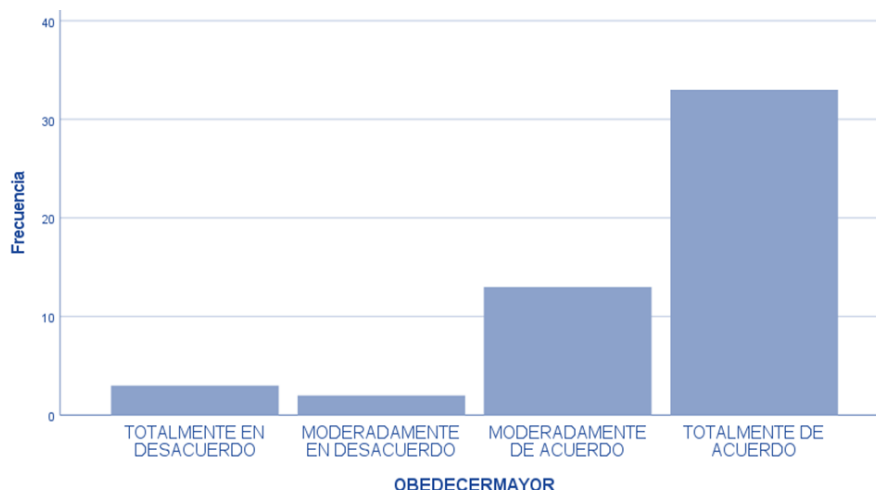


Fuente: elaboración propia.

Creencia: Deber de obediencia (ítem "OBEDIENCIA A LOS MAYORES"): La creencia de que se debe obedecer a los mayores sin cuestionar también fue ampliamente aceptada, con 76.5% (n=39) de acuerdo (26 (51.0%) "Totalmente" y 13 (25.5%) "Moderadamente"), lo que refuerza una estructura familiar autocrática donde se silencia la voz de los menores y se valida la imposición por la fuerza (ver gráfico 15).

Gráfico 15

Obediencia a los mayores



Fuente: elaboración propia.

Implicaciones

Los hallazgos del presente estudio tienen implicaciones relevantes en los ámbitos teórico y práctico. A nivel teórico, refuerzan la concepción de la adicción como un fenómeno complejo y multifactorial, donde convergen factores neuropsicológicos, emocionales y contextuales. Se observa que la sintomatología depresiva en hombres en rehabilitación se manifiesta principalmente a través de formas internalizadas como la culpa, la autocrítica y la percepción de castigo, más que mediante la tristeza clásica.

Asimismo, los resultados vinculan modelos de dinámica familiar, como la homeostasis y la transmisión intergeneracional, con la presencia de creencias que legitiman la violencia intrafamiliar, evidenciando la internalización de esquemas culturales que perpetúan tanto la violencia como el malestar psicológico. Esto respalda la interrelación entre consumo de sustancias, depresión y violencia dentro de un mismo sistema.

En el plano práctico, se destaca la necesidad de intervenciones integrales en centros de rehabilitación que aborden no solo la dependencia, sino también factores cognitivos, emocionales y familiares, incluyendo la reestructuración de creencias disfuncionales y la implementación de programas de intervención familiar, así como el diseño de políticas públicas orientadas a la prevención y atención de estos fenómenos.

Limitaciones

El presente estudio presenta diversas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño de la muestra (N = 51) y su carácter específico, compuesto exclusivamente por hombres en rehabilitación por consumo de sustancias, limitan la generalización de los hallazgos a otras poblaciones.

En segundo lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre la sintomatología depresiva y las creencias que perpetúan la violencia intrafamiliar, así como determinar la dirección de dicha relación. De igual manera, el uso de instrumentos de autorreporte puede introducir sesgos, como la deseabilidad social, especialmente en contextos de rehabilitación, lo que podría afectar la precisión de las mediciones.

Finalmente, la ausencia de variables contextuales relevantes como tipo y tiempo de consumo, duración del tratamiento, antecedentes de violencia o historia de trauma limita una comprensión más integral del fenómeno, dado su impacto en la depresión y la conducta violenta.

CONCLUSIÓN

En conclusión, los análisis detallados de los "mayores resultados" de ambos instrumentos (CBP VI y BDI-II) ofrecen una visión clara del perfil psicológico y cultural de la muestra de hombres en rehabilitación (N=51). En el ámbito de la sintomatología depresiva, los resultados no muestran niveles extremos de tristeza subjetiva, sino que se concentran en síntomas que reflejan una profunda desvalorización de sí mismos, con prevalencias alarmantes de sentimientos de culpa crónicos (88.2%) y de autocrítica (84.3%), junto con una alta percepción de estar recibiendo un castigo (78.4%). Estos hallazgos sugieren un estado de ánimo caracterizado por el autocastigo y la indefensión.

Paralelamente, los datos de la Escala de Violencia Intrafamiliar (CBP VI) demuestran una preocupante normalización, justificación y perpetuación de la violencia en la familia como herramienta de disciplina y control familiar dentro de esta población. Existe una validación mayoritaria del castigo físico (entre el 62.7% y el 80.4%) como un deber paternal legítimo y necesario para el "bienestar" del menor. Además, los resultados vinculan directamente concepciones tradicionales de autoridad masculina y jerarquía autocrática con el ejercicio de la violencia, donde la "mano dura" es percibida como indispensable para mantener el respeto (80.4%). Esta normalización de la agresión y el autocastigo en los pacientes representa un reto terapéutico significativo en el proceso de rehabilitación por adicciones.

Finalmente, el estudio confirma que la adicción en hombres por rehabilitación a metanfetaminas y marihuana no puede entenderse de manera aislada, sino como un fenómeno multidimensional que involucra factores psicológicos, familiares y culturales. Por ello, su abordaje requiere estrategias de prevención y tratamiento que contemplen esta complejidad, integrando acciones a nivel individual, familiar y comunitario. En este sentido, los resultados obtenidos no solo aportan al conocimiento académico, sino que también tienen implicaciones prácticas importantes para el diseño de programas de intervención más efectivos y contextualizados.

RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos obtenidos, se proponen diversas líneas de investigación futura. En primer lugar, se recomienda replicar el estudio con muestras más amplias y diversas, incluyendo mujeres y distintos grupos etarios, con el fin de mejorar la validez externa de los resultados.

A su vez, sería pertinente desarrollar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución de la sintomatología depresiva y las creencias sobre la violencia intrafamiliar a lo largo del proceso de rehabilitación, así como identificar posibles relaciones causales entre estas variables.

Se sugiere también incorporar variables adicionales como historia de trauma, estilos de crianza, estructura familiar, regulación emocional y tipo de sustancia consumida particularmente metanfetaminas y marihuana, con el objetivo de obtener una comprensión más integral del fenómeno.

En el ámbito aplicado, se recomienda diseñar y evaluar programas de intervención psicológica que integren el tratamiento de adicciones con la modificación de creencias que legitiman la violencia y la reestructuración de esquemas de autocastigo. De la misma manera, resulta fundamental incluir intervenciones familiares que aborden dinámicas disfuncionales, considerando los modelos sistémicos que explican la perpetuación de estos patrones.


Finalmente, se sugiere fomentar enfoques interdisciplinarios que integren perspectivas psicológicas, sociales y de salud pública, con el propósito de abordar de manera integral la relación entre adicción, depresión y violencia intrafamiliar.

REFERENCIAS

- Araya, C. A. (2003). Escala para medir creencias que perpetúan la violencia intrafamiliar: Estudios preliminares. *Psyke*, 12(1). <https://ojs.uc.cl/index.php/psyke/article/view/20361>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., & Medina-Mora, M. E. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(supl. 1), S4–S11.
- Betanzos, M. (2025, noviembre 22). Auge de adicciones: La crisis oculta de los centros de rehabilitación en México. *El Gráfico*. <https://www.elgrafico.mx/al-dia/2025/11/22/auge-de-adicciones-la-crisis-oculta-de-los-centros-de-rehabilitacion-en-mexico/>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f.). Violencia intrafamiliar. <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/violencia-intrafamiliar>
- Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. Fondo de Cultura Económica.
- Case, P., Ramos, R., Brouwer, K. C., Firestone-Cruz, M., Pollini, R. A., Strathdee, S. A., Fraga, M. A., & Patterson, T. L. (2008). At the borders, on the edge: Use of injected methamphetamine in Tijuana and Ciudad Juárez, México. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(1), 23–33. <https://doi.org/10.1007/s10903-007-9051-0>
- Centros de Integración Juvenil. (2018). Diagnóstico del consumo de drogas en el área de influencia del CIJ Torreón y CIJ Torreón Oriente. <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9730/9730CD.html>
- Centros de Integración Juvenil. (2022, 3 de junio). La violencia familiar como problema de salud pública. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud%7Ccij/articulos/la-violencia-familiar-como-problema-de-salud-publica>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (s.f.). ¿Qué es la violencia familiar y cómo contrarrestarla? <https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll-Que-violencia-familiar.pdf>
- Cooper, A. (2026, febrero 10). Rehab statistics. ZipDo. <https://zipdo.co/rehab-statistics/>
- de prevención y atención en adicciones. <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/35'6millones-de-personas-en-mexico-ham-recibido-servicios-de-prevencion-y-atencion-en-adicciones-340666>
- Diccionario Médico de Clínica Universidad de Navarra. (2026). Adicción. <http://www.cun.es/diccionario-medico/medico/terminos/adiccion>
- El Universal. (2025, noviembre 18). El horror y el olvido que viven cientos de internos en centros de rehabilitación de adicciones. *Vanguardia*. <https://vanguardia.com.mx/noticias/mexico/el-horror-y-el-olvido-que-viven-cientos-de-internos-en-centros-de-rehabilitacion-de-adicciones-JA18187295>
- Fuente, J. R. (2015). *Marihuana y salud*. México: Fondo de cultura económica.
- Gladys Torres, F. F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Med Exp Salud Publica*, 127.

- González, M. d. (2009). Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11.
- Jiménez, K., & Castillo, P. I. (2011). A través del cristal: La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Región y Sociedad*, 23(50). <https://doi.org/10.22198/rys.2011.50.a.28>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Lang, U. E., & Borgwardt, S. (2013). Molecular mechanisms of depression: Perspectives on new treatment strategies. *Cellular Physiology and Biochemistry*, 31(6), 761–777.
- Mayberg, H. S. (2003). Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression. *Journal of Clinical Investigation*, 112(4), 460–467. <https://doi.org/10.1172/JCI200319065>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., & Benjet, C. (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. En *Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* (pp. 13–24). Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Minuchin, S. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Molina, H., & Rodríguez, I. (2023, marzo 12). Ocupados, 60% de espacios para tratar adicciones. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Ocupados-60-de-espacios-para-tratar-adicciones-20230312-0085.html>
- Myers, D. G. (2014). *Psicología* (10.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- NIDA. (2019). Drug facts: La metanfetamina. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/methamphetamine>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2023). Informe mundial sobre las drogas 2023: Resumen ejecutivo. Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Trastorno depresivo (depresión). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73–98.
- Rizo-Martínez, L. E., Santoyo-Telles, F. (2021). Validación de la escala para medir creencias que perpetúan la violencia intrafamiliar (CPVI) en México. *Pensamiento Psicológico*, 19, 1–24.
- Satir, V. (1986). *Psicoterapia familiar conjunta*. México.
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2023, 14 de diciembre). Violencia intrafamiliar o doméstica fuera de México. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/sre/acciones-y-programas/violencia-intrafamiliar-o-domestica-fuera-de-mexico>
- Secretaría de Salud de México. (2023). 35.6 millones de personas en México han recibido servicios
- Tolentino, J. C., & Schmidt, S. L. (2018). DSM-5 criteria and depression severity: Implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 450.

Valdebenito, L., & UNICEF Chile. (2015). La violencia le hace mal a la familia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .