

**“LAS ADICCIONES Y SU IMPACTO EMOCIONAL EN LOS PACIENTES DEL
CENTRO SIN SAHAN AVIDA A.C.”**

TESIS

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

PRESENTA

Carolina García Abarca

DIRECTOR DE TESIS

Samantha Krystal Seribey Alfonzo

Comitán de Domínguez, Chiapas México a febrero del 2025.

**“LAS ADICCIONES Y SU IMPACTO EMOCIONAL EN LOS PACIENTES DEL
CENTRO SIN SAHAN AVIDA A.C.”**

PRESENTA

Carolina García Abarca

INSTITUCIÓN:

Universidad del Sureste.

Comitán de Domínguez, Chiapas México a febrero del 2025.

Agradecimiento

A mis padres, familia y amigos por apoyarme incondicionalmente en mi proyecto de vida, siendo mi apoyo moral, ético y emocional fungiendo como base fundamental para mi crecimiento personal y profesional, quienes me enseñan y refuerzan constantemente el sentido de la vida.

IN MEMORIAM

A Luis Alberto García Abarca, que siempre me inspira eternamente
con su nobleza y esa mirada humana para con los demás.

Aprendizaje de vida y legado que vivirá por siempre...

INTRODUCCIÓN

La adicción es uno de los mayores problemas de salud que tienen planteados los países occidentales. Cuando hablamos del término adicción, hace referencia a un conjunto de trastornos psíquicos caracterizados por una necesidad compulsiva de consumo de sustancias psicotropas con alto potencial de abuso y dependencia a las drogas que progresivamente invade todas las esferas de la vida del individuo (relaciones personales, familia, sociedad, relaciones sociales, trabajo, etc...) y por un desinterés hacia conductas, experiencias y placeres alternativos que antes habían formado parte de la vida del individuo afectado, todo ello a pesar de las consecuencias extraordinariamente negativas que su consumo conlleva.

Las adicciones son un tema común en día y en constante crecimiento, actualmente se ha llegado a normalizar el abuso de sustancias no solo en adultos sino también en jóvenes. Es importante lanzar una mirada profunda a los adictos previa, durante y posterior a los tratamientos de intervención por adicciones ya que las sustancias causan cambios en diversas áreas de psicosociales y emocionales lo que podría causar posibles recaídas y/o dificultar el tratamiento.

En el presente proyecto se dará a conocer el resultado obtenido de una serie de tests, observaciones y diálogos con los consumidores sobre el impacto negativo en las emociones de los consumidores de sustancias del Centro de Alcohólicos Anónimos Sin Sahan Avida A. C.

ÍNDICE

PORTADA	1
PAGINA EN BLANCO.....	3
PORTADILLA	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 PREGUNTA GENERAL.....	9
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	9
1.4 JUSTIFICACIÓN	9
1.5 HIPÓTESIS	11
CAPÍTULO II	12
2.1 MARCO TEÓRICO.....	12
2.2 BASE TEÒRICA.....	16
2.3 BASES LEGALES	35
2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	46
2.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	48
CAPITULO III	48
3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	48
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	50
CAPITULO IV.....	54
4.1 PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA	54
4.2 CONCLUSIÓN	55
4.2 BIBLIOGRAFÍA	57

4.3 ANEXOS..... 58

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de sustancias tóxicas tales como opiáceos, estimulantes, depresores, alucinógenos generan un impacto negativo no solo en la cuestión psíquica sino también en lo emocional, afectando así diversas esferas en las que se desenvuelve el consumidor.

Las adicciones son una problemática que va un incremento cada vez más, y un problema que padecen de diferentes edades y diversos estatus económicos. Se ha visto que tiene un impacto directo tanto en su salud física y mental como en las de sus familiares y seres queridos.

Ya sea a una sustancia como el alcohol o la cocaína como si lo es a la comida, al sexo u otros comportamientos adictivos, las adicciones no surgen espontáneamente ni por puro capricho, sino por haber vivido eventos personales altamente traumáticos o, como mínimo, emocionalmente perturbadores.

El centro de Alcohólicos Sin Sahan Avida A.C. con dirección ubicado en la Col El Valle Balùn Canàn, Comitán de Domínguez, Chiapas, cuenta aproximadamente entre 20 a 40 pacientes de diversas edades desde los 18 a los 60 años atendido por una Psicóloga y diversas instituciones. Los pacientes son reclusos 3 meses para la rehabilitación y desintoxicación de sustancias, durante el tiempo de tratamiento, se ha observado que el consumo de sustancias y el aislamiento tiene un impacto emocional negativo.

Es importante conocer los efectos negativos del consumo de sustancias para una oportuna intervención psicológica y coadyuvar a la disminución de las posibles recaídas que paciente pudiera tener.

1.2 PREGUNTA GENERAL

¿El consumo de sustancias son causantes de emociones negativas en los consumidores del centro de Alcohólicos Sin Sahan Avida?

OBJETIVO GENERAL

Conocer el impacto negativo emocional en los consumidores de sustancias en el centro de rehabilitación Sin Sahan Avida.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Realizar a través los instrumentos de evaluación psicológica los trastornos o efectos negativos emocionales del consumo de sustancias de los internos del centro de rehabilitación Sin Sahan Avida.
- 2- Identificar y describir las emociones negativas que presentan los internos del centro Sin Sahan Avida según el tipo de adicción.
- 3- Proponer alternativas de intervención psicológica para la regulación emocional para cada tipo de problemática de los pacientes del centro de rehabilitación.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La adicción, tanto a sustancias como a las comportamentales, representa un alto coste emocional tanto para los pacientes como sus familias. Estas problemáticas se desarrollan en entornos en donde existían alteraciones emocionales previas, donde los sentimientos como la culpa, la inutilidad, la ansiedad, la vergüenza y la tristeza han predispuerto a la persona a caer en las garras de las adicciones. Sea el tipo de adicción que sea, esta crea complicaciones emocionales para todo el mundo que cae en ellas, además de afectar sobre el entorno social del paciente adicto.

A menudo, las personas que consumen drogas o llevan a cabo una conducta adictiva problemática lo hacen como su forma de escapar de las emociones desagradables que están viviendo o tratando de olvidar la tensión psicológica o un recuerdo traumático. De hecho, las personas adictas de adultos suelen ser individuos cuya infancia estuvo marcada por eventos traumáticos. La adultez tampoco se libra de ser escenario de eventos traumáticos, los cuales hacen que la persona se sienta emocionalmente inundada por estrés, tristeza, ansiedad, culpa y tensión psicológica en general.

Algunos de los factores de riesgo emocionales más comunes para la adicción son:

- Abuso emocional físico o sexual en la etapa de la infancia.
- Estilos parentales distantes o negligentes.
- Ser víctima de acoso escolar.
- Ser víctima de violencia doméstica.
- Sobrevivir a un desastre natural potencialmente mortal.
- Perder a un ser querido por muerte, divorcio o desaparición.

Todos estos eventos pueden hacer que la persona desarrolle profundos problemas psicológicos, incentivados por emociones como la culpa o la vergüenza al pensar que parte de las desgracias que le han ocurrido son responsabilidad suya. Ciertamente, hay individuos que se culpan de haber recibido abusos sexuales en su infancia, ser víctimas de violencia doméstica o de la muerte de un familiar, preguntándose una y otra vez qué hubieran podido hacer para merecer eso o cómo lo podrían haber evitado.

Muchas personas que desarrollan un problema de consumo de sustancias tienen depresión, trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA), trastorno de estrés postraumático (TEPT) u otro asunto de salud mental. Un estilo de vida estresante y caótico y la baja autoestima son también comunes.

1.5 HIPÓTESIS

1. El consumo de sustancias nocivas tiene un impacto emocional negativo en los pacientes del centro de rehabilitación Sin Sahan Avida.
2. El consumo de sustancias nocivas no tiene un impacto emocional negativo en los pacientes del centro de rehabilitación Sin Sahan Avida.
3. El consumo de sustancias nocivas potencia un impacto emocional negativo en los pacientes del centro de rehabilitación Sin Sahan Avida.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

Historia de las Drogas en México

La historia de las drogas en México se remonta a la época prehispánica, donde se utilizaban ciertas plantas con propósitos religiosos y medicinales. Sin embargo, el uso de drogas se intensificó con la llegada de los españoles. Durante la época colonial, el opio se convirtió en una droga muy popular entre los españoles y criollos, quienes la consumían en forma de té. En la época del Porfiriato, el opio se convirtió en una droga de uso común entre la clase alta y se comenzó a cultivar en México.

En la década de 1920, México se convirtió en uno de los principales productores de opio del mundo, y el tráfico de drogas se convirtió en un negocio muy rentable. Durante la década de 1940, el gobierno mexicano inició una campaña para erradicar el cultivo de opio, pero esta no tuvo mucho éxito.

En la década de 1970, el tráfico de drogas se expandió y se comenzó a producir marihuana y cocaína en México. Durante los años 80 y 90, los cárteles mexicanos se convirtieron en los principales traficantes de drogas en Estados Unidos. La violencia asociada al tráfico de drogas se intensificó, y México se convirtió en uno de los países más violentos del mundo. **(Ricardo Perez Monfort, 2016)**

Actualmente, la problemática sobre el consumo de drogas en nuestro país sigue siendo un tema de foco rojo que no ha logrado ser atendido con seriedad. Los cárteles siguen controlando el tráfico de drogas, y la violencia sigue siendo un problema importante. El gobierno mexicano ha implementado diversas estrategias para combatir el tráfico de drogas, pero la situación sigue siendo complicada. Es importante seguir trabajando en la implementación de políticas públicas efectivas para reducir el consumo y el tráfico de drogas en el país.

Tipos de Adicciones en México

Las adicciones han sido un problema en México desde hace varios siglos. Durante la época prehispánica, los pueblos indígenas ya consumían diversas sustancias con fines religiosos y ceremoniales.

Con la llegada de los españoles, se introdujeron nuevas drogas como el tabaco y el alcohol, que se popularizaron rápidamente entre la población.

En la actualidad, México enfrenta una crisis de adicciones que afecta a personas de todas las edades y clases sociales. A continuación, se presentan algunos de los tipos de adicciones más comunes:

Adicción al alcohol

El alcoholismo es una de las adicciones más antiguas y extendidas en México. Según cifras del Instituto Nacional de Psiquiatría, el 7.6% de la población mexicana tiene problemas de consumo de alcohol.

Esta adicción puede tener graves consecuencias para la salud física y mental de la persona, así como para su entorno social y familiar.

Adicción a las drogas

En México, el consumo de drogas ilegales como la marihuana, la cocaína y la heroína ha ido en aumento en las últimas décadas. Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones, en 2016 se registraron 2.4 millones de consumidores de drogas en el país.

Esta adicción puede llevar a la dependencia física y psicológica, así como a problemas de salud y sociales.

Adicción al tabaco

El tabaquismo es una de las adicciones más mortales en México. Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo de tabaco es responsable de más de 60 mil muertes al año en el país.

Esta adicción puede llevar a enfermedades graves como el cáncer de pulmón, así como a problemas cardiovasculares y respiratorios.

Los orígenes de la adicción

Según un estudio del Santa Fe College en Florida, un ancestro del Homo sapiens ya consumía alcohol hace diez millones de años. Parece ser que las frutas fermentadas que caían de los árboles alcanzaban una graduación similar a la del vino.

Hay evidencias arqueológicas que apuntan a que las hojas de coca se masticaban hace 8.000 años en Perú. Y parece ser que los Sumerios hace 7.000 años ya consumían opio, al que nombraban como la “planta del placer”.

Nace el concepto de adicción

La definición de la adicción como enfermedad física y psicológica dado por la OMS es de 1956, relativamente reciente.

La bisnieta del líder revolucionario Leon Trotsky, Nora Volkow, directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas en Estados Unidos, tiene muy clara su postura: “La adicción no se trata de un problema de voluntad, sino de una enfermedad crónica que debe tratarse como cualquier otra”.

Parece ser que cada vez se le da menos importancia a los aspectos de la genética en cuanto a las adicciones y más valor a las vivencias, sobre todo a las que acontecen en la infancia. La Epigenética, una disciplina que ha ganado fuerza en los últimos años, lo corrobora y la Neurociencia, que no para de crecer, también. Cualquier persona con adicciones te puede decir que al principio el consumo se busca por placer, sin duda una de las fuerzas más poderosas que impulsan a los humanos.

Luego va disminuyendo la intensidad de esa sensación, hasta que al final el mal hábito se mantiene para evitar el dolor.

La relación entre la dependencia y las emociones

El reputado médico canadiense Gabor Mate, que durante años dirigió un centro de drogadicción en Vancouver, va en una dirección distinta al concepto de enfermedad, afirmando que: “La adicción es una respuesta al dolor emocional”. Según este autor, el concepto de enfermedad crónica hace sentir mal a quien lo sufre, pues no olvidemos que es algo que se ha ocasionado a sí mismo y que además va a sufrir toda la vida.

Su postura es muy diferente, quizás más humana, más empática. Por éso se ha convertido en un referente a nivel mundial. La culpa es la emoción predominante de estas personas, seguida de la vergüenza y la impotencia por no poder escapar de esa prisión. ¿Es justo culparlos aún más?

Gabor Mate no duda en afirmar que en realidad no se están tratando las causas reales de las adicciones. Cree que la pregunta que deberíamos hacernos no es “¿por qué la adicción?” sino “¿por qué el dolor?”. Dice que toda adicción tiene su origen en los traumas, siendo su papel aliviar la sensación de vacío y darnos un sentido de conexión con los demás.

Científicos de todo el mundo ya están apuntando hacia la misma dirección. Un ejemplo es el psiquiatra Bessel van der Kolk, fundador del Centro de Trauma en Massachusetts.

En su libro de éxito internacional *El cuerpo lleva la cuenta*, afirma que el trauma no es solo un hecho del pasado; sino una huella que quedó en la mente, el cuerpo y el cerebro, con consecuencias tan graves que impiden que se pueda vivir el presente. Según sus palabras: “¿A alguien le sorprende que las propias personas que han sufrido un trauma no puedan soportar recordarlo y que a menudo recurran a las drogas, el alcohol o la automutilación para bloquear algo tan insoportable de saber?”

Las personas afectadas por traumas infantiles son mucho más numerosas de las que creemos y no ignoremos que muchos traumas quedan en el olvido, reprimidos en el inconsciente, por lo que buscan ser aliviados de las peores formas.

2.2 BASE TEÒRICA

Dopamina y consumo crónico de drogas

El sistema dopaminérgico es uno de los elementos cruciales en el trastorno adictivo, cuya implicación e importancia han confirmado repetidamente los estudios realizados en este campo.

Estudios experimentales sobre roedores han puesto de manifiesto que la administración aguda de psicoestimulantes [**Pierce RC, Kalivas PW. Repeated cocaine modifies the mechanism by which amphetamine releases dopamine. J Neurosci 1997; 17: 3254-61.**], alcohol [2-6] y opiáceos [7,8] provoca un incremento en la actividad del sistema dopaminérgico de la recompensa, que en individuos vulnerables puede significar el inicio del proceso adictivo [9, 10]. En este sentido, las sustancias adictivas se comportan de manera similar a las recompensas naturales (la bebida, el sexo o las relaciones sociales) [11,12]; sin embargo, a diferencia de éstas, las sustancias adictivas inducen sensibilización dopaminérgica, sobre todo cuando se consumen de forma repetida e intermitente [13,14]. La adicción comienza como una conducta instrumental cuyo objetivo –obtención y consumo de la droga– es estimulado por las cualidades hedónicas de la sustancia, con el aumento subsiguiente de la frecuencia de consumo. La dopamina mesolímbica es el neurotransmisor crucial en el aprendizaje apetitivo instrumental [15,16]. Durante el consumo crónico se produce una situación bifásica en la liberación de dopamina. Por una parte, en el momento de la ingesta existe una elevación de los niveles de dopamina extracelular, y por otra, al cesar el consumo, se manifiesta una disminución de la liberación endógena de dopamina. La hipofunción dopaminérgica endógena se ha observado durante la abstinencia de las distintas drogas de abuso, cocaína [17-22], morfina [23,24], alcohol [25-27] y nicotina [28], y afecta de manera especial al estriado ventral [29-31]. Durante la abstinencia, la hipo funcionalidad dopaminérgica se asocia a cambios neuroadaptativos que afectan, principalmente, a los circuitos de la recompensa. Estudios recientes han puesto de manifiesto un aumento de la actividad del AMPc y del factor de transcripción CREB (cAMP response element binding protein) en el núcleo

accumbens (NAc), que a su vez provocarían un hipo actividad en los circuitos de la recompensa que podría ser responsable del estado de ánimo disfórico durante las primeras fases de la abstinencia [10]. Además, el incremento de la actividad AMPc y la inducción subsiguiente de CREB son responsables de un aumento de la expresión del péptido opioide dinorfina en algunas de las neuronas espinosas intermedias de proyección del NAc. La dinorfina produce, a su vez, una disminución de la liberación de dopamina en el NAc que acentuaría el estado de ánimo disfórico que caracteriza a la abstinencia [10,32]. El déficit en la actividad dopaminérgica durante el curso crónico podría contribuir a los fenómenos de hipersensibilidad dopaminérgica descritos en los modelos experimentales [33] y podría ser uno de los sus tratos neurobiológicos de la recaída en el consumo.

Función dopaminérgica prefrontal

El córtex prefrontal (CPF) está implicado en los aspectos motivacionales de la conducta dirigida a objetivos [70,71] y su alteración funcional puede explicar, en parte, la conducta compulsiva de búsqueda de droga que caracteriza la adicción [72]. Aunque la densidad de receptores dopaminérgicos en las regiones prefrontales es mucho menor que en el estriado [73], los cambios neuroadaptativos en los receptores D1 y D2 prefrontales provocados por el consumo crónico desempeñan un papel fundamental en el curso de la adicción. Las células piramidales del CPF tienen un potencial de reposo bifásico con un estado muy negativo (estado bajo), que puede ser superado (aunque sin alcanzar el nivel de descarga) por la estimulación proveniente del ATV, que induce un potencial de membrana superior (estado alto). El estado de despolarización (estado alto) se mantiene, probablemente, por la acción de la dopamina sobre los receptores D1. El estado alto favorecería el mecanismo de potenciación a largo término (PLT), relacionado con mecanismos de neuro plasticidad, al mismo tiempo que se reduce el disparo de las neuronas prefrontales. La disminución de la actividad de las células prefrontales se interpreta como un mecanismo de filtrado de la información irrelevante que favorece la atención en las tareas relevantes y motivadas [74]. Recientemente se han descrito cambios funcionales neuroadaptativos en las células piramidales del CPF durante el consumo crónico, que afectan a la

proteína G del sistema de señalización intracelular del receptor dopaminérgico D1. Ello induce un desequilibrio entre los receptores D1 y D2, que favorece la actividad de tipo D1 en detrimento de la actividad propia de los receptores D2 [75]. El predominio de la actividad D1 favorece un estado inhibitorio en el que sólo los estímulos más fuertes pueden provocar activación y motivar la conducta. En estas condiciones, en pacientes adictos, sólo la droga y los estímulos asociados a la droga (y no los reforzadores naturales) son suficientemente fuertes para provocar la liberación de la dopamina necesaria para activar el CPF y sobrepasar la inhibición producida por el predominio de la activación de los receptores D1 [74,76]. Los estudios experimentales han mostrado que, en las fases iniciales, la administración continuada de cocaína afecta sólo a algunas regiones del CPF [77] y que, a medida que la adicción progresa, la afectación del CPF avanza influyendo profundamente en la capacidad funcional de esta estructura. Los cambios en la función del sistema dopaminérgico en el CPF son responsables de algunas de las alteraciones cognitivas propias de la adicción, como la falta de flexibilidad cognitiva y la dificultad para cambiar el foco de atención. Estas alteraciones están también presentes en otros trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia [78]. Con la finalidad de tratar la adicción a sustancias se han realizado estudios farmacológicos que han evaluado la utilidad de diferentes fármacos dopaminérgicos en el tratamiento de las alteraciones que afectan al CPF. Algunos estudios han evaluado el uso de agonistas dopaminérgicos en el control de los efectos de la exposición repetida a drogas de abuso como la anfetamina. La infusión de agonistas de los receptores dopaminérgicos D1 en el CPF medial normaliza los déficits conductuales en ratones sometidos a un programa de sensibilización con anfetamina [79]. Por otra parte, las micro inyecciones de antagonistas de los receptores dopaminérgicos D1 y D2 en el CPF han demostrado ser útiles en la prevención de la recaída en el consumo, en situaciones generadoras de estrés, en modelos animales de adicción. Sin embargo, los fármacos antagonistas dopaminérgicos no previenen la recaída en el consumo provocado por la exposición a cocaína [80,81]. Aunque el bloqueo de la neurotransmisión dopaminérgica selectiva en algunas regiones cerebrales puede ser útil en el control de la conducta adictiva, la utilización de fármacos antagonistas dopaminérgicos, administrados por vía sistémica, no es útil en pacientes

adictos por los problemas que con lleva el bloqueo generalizado del sistema de neurotransmisión dopaminérgico.

Liberación condicionada de dopamina en la adicción

Estímulos ambientales –estrechamente relacionados en tiempo y espacio con los efectos de la droga– como la luz o un sonido, que predicen la administración del refuerzo, pueden convertirse en estímulos condicionados a través de un proceso de condicionamiento pavloviano. Este efecto de los estímulos condicionados tiene gran relevancia clínica y se producen cuando estos pacientes acuden a lugares próximos al consumo o cuando están en contacto con personas relacionadas con la droga. Este proceso de condicionamiento se ha descrito tanto en modelos de adicción en animales [82,83] como en estudios de neuro imagen en humanos [84-86]. Diversos estudios experimentales han implicado al sistema dopaminérgico en el procesamiento de los estímulos asociados a la droga. La presentación de estímulos condicionados se acompaña de un incremento en la señal electrofisiológica producida por la dopamina en el NAc [87]. De manera similar, la presentación pasiva de estímulos luminosos, que previamente se habían apareado con la autoadministración de cocaína y con la administración no contingente de la droga, en dos situaciones experimentales distintas, provoca un incremento de la liberación de dopamina en el NAc [88]. Un estudio reciente que utiliza un programa de condicionamiento ha demostrado que la presentación inesperada (no contingente) de estímulos condicionados provoca un aumento selectivo de la dopamina extracelular en el core, pero no en el shell, del NAc [89]. De acuerdo con estos datos, el core sería la región implicada en los efectos dopaminérgicos provocados por los estímulos condicionados [90] (Fig. 1). Existen evidencias de que el shell es el responsable del procesamiento de los reforzadores primarios como la comida [91] y las drogas de abuso [92], mientras que el core estaría implicado en los efectos condicionados de las drogas de abuso a través de las conexiones de esta estructura con la amígdala [93-95]. La amígdala es una estructura estratégicamente situada para el procesamiento de los estímulos condicionados, ya que recibe proyecciones dopaminérgicas procedentes del ATV, que a través del núcleo central y baso lateral, se proyectan sobre el core del NAc (Fig. 1). A través de las

conexiones del NAc con los núcleos motores del estriado dorsal, el estado motivacional generado por los estímulos condicionados puede poner en marcha conductas de búsqueda de sustancias y precipitar la recaída. Los estudios neurobiológicos que muestran que el consumo de drogas, como la cocaína, provoca un aumento de la neurotransmisión dopaminérgica en la amígdala, dan soporte a esta organización funcional [96,97]. Asimismo, la infusión de anfetamina en el núcleo baso lateral de la amígdala provoca un aumento de los niveles de dopamina y un incremento del impacto motivacional de los estímulos asociados al consumo de la droga, que favorece la recaída en el consumo en modelos animales de adicción [98].

Los estudios farmacológicos que utilizan fármacos con actividad sobre los receptores dopaminérgicos de las familias D1 o D2 confirman la implicación de la amígdala en el procesamiento de los estímulos condicionados a la droga. La administración de antagonistas dopaminérgicos de los receptores D1 y D2, en la amígdala, disminuye la recaída provocada por la presentación de estímulos asociados al consumo de cocaína, en modelos animales de adicción [99,100]. Los receptores dopaminérgicos D3, que se concentran particularmente en el NAc y la amígdala, desempeñan un papel especial en el control de la conducta de búsqueda de la droga, lo cual se ha puesto de manifiesto en modelos animales de adicción. También se ha demostrado la relevancia de D3 en el control de la recaída en pacientes dependientes [101]. Tanto los antagonistas de los receptores D3 [102-104] como los agonistas parciales de estos receptores [105, 106] disminuyen la capacidad de los estímulos asociados al consumo de iniciar la conducta de búsqueda de la droga.

Aprendizaje de hábitos

La conducta de consumo de drogas de abuso es, en sus fases iniciales, una acción instrumental, motivada y dirigida a un claro objetivo: la obtención de placer, bienestar y euforia, proporcionados por la droga. Sin embargo, con el tiempo y el entrenamiento, las acciones inicialmente dirigidas a objetivos se transforman en habituales, activadas por mecanismos estímulo-respuesta, y adquieren la forma de un hábito de conducta. En esta segunda fase, el control de la conducta, determinado inicialmente por la actividad del CPF, se va transfiriendo progresivamente a la actividad de los núcleos

subcorticales a través de los circuitos corticoestriatocorticales, que controlan la conducta de manera automática. La estructura del sistema nervioso directamente implicada en la formación de hábitos de conducta con inclusión de los hábitos asociados al consumo de drogas, es el estriado dorsal [68]. Este proceso libera al CPF del control, que puede dedicarse al procesamiento de informaciones nuevas, mientras deja para los circuitos y núcleos subcorticales los procesos de tipo automático. En esta situación, el consumo de la droga se mantiene a pesar de que el objetivo último de la conducta (obtención de placer) se ha devaluado y la conducta ya no está bajo el control voluntario por parte del sujeto [107]. La alteración funcional del CPF, debida en parte al desequilibrio funcional entre los receptores dopaminérgicos D1 y D2 [75], favorece el establecimiento del hábito compulsivo de consumo. Aunque el estriado ventral media los efectos motivacionales de la droga que inician el proceso adictivo, con el consumo crónico, los efectos dopaminérgicos de las sustancias adictivas se extienden hacia las regiones sensorio motoras y asociativas del estriado. Estudios recientes realizados en roedores han evidenciado un aumento en los niveles de dopamina extracelular en el estriado dorsal, que es superior al que se observa en el core del NAc (que media los efectos motivacionales de los reforzadores condicionados), aunque inferior a la liberación de DA observada en el shell (asociado a los efectos incondicionados de la sustancia) [89,108]. Estudios realizados en primates han puesto también de manifiesto que las fases iniciales de la exposición a la droga afectan preferentemente al estriado ventral y, en menor medida, al estriado dorsal. Sin embargo, con la administración crónica, los efectos de la droga se extienden al estriado dorsal [109-111]. En pacientes dependientes, los estudios de neuroimagen funcional han permitido observar diferencias en la liberación de dopamina entre las distintas subregiones límbica, sensoria motora y asociativa del estriado, con predominio de la actividad dopaminérgica en las regiones límbicas [29]. El transportador pre sináptico de dopamina (DAT) se ha considerado un marcador de transferencia de los efectos crónicos del consumo de droga, entre el estriado ventral y el dorsal. En primates, se ha observado un aumento de la densidad del DAT, que progresa desde las regiones ventrales (la máxima expresión del DAT se registra en el shell del NAc) a las dorsales del estriado, a medida que se avanza de la administración

aguda a la crónica de la droga [112]. Por otra parte, estudios de inducción del gen de expresión inmediata c-fos han puesto de manifiesto diferencias en la sensibilidad de los distintos compartimentos del estriado (estriosomas/matriz) en respuesta a la cocaína y la anfetamina [113], avanzando la expresión de c-fos desde los estriosomas (región límbica) a la matriz (región sensorio motora) del estriado [114]. La utilización de modelos experimentales de adicción y re caída en animales aporta evidencias que implican al estriado dorsal en la reactivación de la conducta de búsqueda e ingesta de la droga, en respuesta a estímulos previamente condicionados. Se ha descrito un aumento de la actividad dopaminérgica en el estriado dorsal durante la conducta de búsqueda de la droga inducida mediante estímulos ambientales. Dada la implicación de esta región en la formación de hábitos, se ha sugerido que la conducta persistente, compulsiva, de búsqueda de la droga en pacientes adictos depende, en gran medida, del estriado dorsal [108,115]. En la adicción se han descrito fenómenos de PLT y depresión a largo término (DLT), que llevan a cambios neuroplásticos en el estriado dorsal. Estos procesos son básicos para el establecimiento de asociaciones estímulo-respuesta, y en el aprendizaje de hábitos [116]. La dopamina es, además del glutamato, uno de los neurotransmisores implicados en estos mecanismos fisiológicos de PLT y DLT. Los receptores D1 son necesarios para la inducción de PLT [117], mientras que el mecanismo de DLT requiere de la activación simultánea de los receptores de la familia D1 y D2 [118]. Los patrones de activación neuronal que conducen a la puesta en marcha de los mecanismos de PLT y DLT no se conocen con exactitud. Sin embargo, actualmente se acepta que la activación fásica intensa de las neuronas dopaminérgicas nigroestriadas, coincidiendo con la activación de alta frecuencia de los aferentes corticoestriados, conduce a PLT, mientras que la actividad dopaminérgica tónica produciría DLT [119]. Ambos mecanismos, PLT y DLT, serían necesarios para el establecimiento de los cambios neuroplásticos necesarios que llevan al aprendizaje mediado por recompensa en el estriado dorsal [120]. Además, el sistema endocannabinoide desempeña también un papel esencial en la adicción a través de la modulación del sistema dopaminérgico y de los procesos de PLT y DLT [120]. Los estudios neuroanatómicos han aportado datos que muestran también la implicación del estriado dorsal en la adicción y las vías a través de las cuales el estriado

ventral puede influir en la función de las regiones dorsales de esta estructura. El estriado dorsal presenta una compartimentación de tipo matriz/estriosoma semejante a la existente en el NAc. Estriosomas y matriz presentan un patrón de conexiones diferenciado tanto con la corteza cerebral como con los núcleos dopaminérgicos subcorticales, sustancia negra (SN) y ATV [121]. Haber et al [122] distinguen en los ganglios basales tres subregiones distintas en base al patrón de conexiones con los núcleos dopaminérgicos del mesencéfalo (ATV y SN) y la corteza cerebral: el estriado ventral constituye la subdivisión límbica; la subregión anatómica, que incluye el caudado y el putamen central, constituye la subdivisión asociativa, y finalmente, la región dorso lateral de los núcleos caudado y putamen forma la subdivisión sensorio motora del estriado. En las distintas subdivisiones del estriado existe un patrón neuroquímico (neurotransmisores, neuromoduladores y receptores) distinto, que contribuye a la respuesta diferencial de las distintas regiones del estriado ante el consumo crónico de drogas de abuso [121,123]. Cada una de las tres subdivisiones anatómicas y funcionales del estriado recibe proyecciones dopaminérgicas que mantienen una organización topográfica y que provienen del ATV o de la SN del mesencéfalo. El ATV y la SN medial se proyectan a las regiones límbicas del estriado, mientras que las regiones laterales y ventrales de la SN presentan conexiones con las regiones asociativas y motoras. Las conexiones descendentes entre el estriado y los núcleos dopaminérgicos mesencefálicos se integran con las vías dopaminérgicas ascendentes, constituyendo circuitos en cascada que se influyen mutuamente. De esta manera, la información de las regiones límbicas (entre las que se encuentra el NAc) alcanza las regiones motoras del estriado a través de conexiones con los núcleos dopaminérgicos del mesencéfalo, progresando la información desde la región límbica hasta la motora del estriado, pasando por la subdivisión cognitiva [124] (Fig. 2). Además, la corteza prefrontal proyecta también topográficamente al estriado y, de allí, de nuevo al córtex, constituyendo los circuitos corticoestriatocorticales. Las regiones orbito frontales se proyectan a las regiones límbicas del estriado; el CPF dorso lateral, al estriado de asociación, y finalmente, las regiones motoras y sensoriales de la corteza, al estriado sensorio motor [125]. Al final del proceso adictivo, extensas regiones cerebrales están implicadas en este trastorno psicopatológico y pueden

presentar cambios neuroadaptativos y neuroplásticos. Entre ellas destacan los núcleos dopaminérgicos mesencefálicos, distintas regiones límbicas esenciales en el procesamiento emocional—como la amígdala y el NAc—, y también el hipocampo, las regiones sensorio motoras de los ganglios basales y las regiones prefrontales (Fig. 3). El proceso de formación de hábitos de conducta, con la puesta en marcha de los mecanismos que constituyen el sustrato neurobiológico del aprendizaje, es fundamental en todos los tipos de adicción. En las adicciones no químicas, como el juego patológico o las compras compulsivas, en las cuales no existen los efectos dopaminérgicos adicionales que la sustancia genera, la activación de los mecanismos neurobiológicos propios del aprendizaje motivacional y del aprendizaje de hábitos debe desempeñar un papel fundamental en el control de la conducta del adicto. Además, los efectos profundos de este tipo de aprendizajes, que forman parte de los mecanismos de memoria procedimental, contribuirían a explicar la resistencia a la extinción de las conductas adictivas

Las adicciones

Las adicciones son un trastorno mental crónico y recidivante, es decir, que alternan periodos de consumo más descontrolado con períodos de abstinencia en los que se abandona el consumo. Generan cambios en los circuitos del cerebro que provocan que la persona consuma de forma compulsiva a pesar de las consecuencias negativas físicas, psicológicas y sociales. Las adicciones incluyen diferentes tipos de drogas como el tabaco, el alcohol, los tranquilizantes y los derivados del cannabis.

Una adicción conlleva un patrón de funcionamiento desadaptativo de consumo de una droga con deterioro o malestar significativo. Esto puede llegar a afectar a todas las áreas de la vida de la persona. Normalmente se habla de adicción cuando este patrón se mantiene durante un tiempo prolongado (al menos 12 meses).

Cuando se habla de drogas se hace referencia a toda sustancia que consumida modifica diferentes funciones del organismo, tanto mentales (humor, funcionamiento cerebral) como físicas (disfunción respiratoria o gastrointestinal).

Normalmente, estas sustancias se caracterizan por pasar de forma rápida desde el torrente sanguíneo hasta el cerebro, lo que produce cambios en la conducta. Estos efectos suelen ser percibidos de forma habitual como placenteras en los primeros consumos. Como resultado de ello, muchas personas siguen tomando la sustancia, aunque sus consecuencias puedan ser negativas a medio y largo plazo.

Cuando se consume de forma repetida una droga suelen aparecer algunos efectos sobre el cuerpo y el comportamiento:

Tolerancia a la sustancia. Significa que cada vez son necesarias dosis más elevadas de la sustancia para lograr el efecto deseado (por ejemplo, cada vez hay que beber más cantidad de alcohol para conseguir los efectos de la intoxicación) y que los efectos de la sustancia, si no se incrementan las dosis, son marcadamente menos intensos con el uso continuado.

Síndrome de abstinencia. Conjunto de reacciones físicas y psicológicas que suceden cuando una persona con una adicción deja de consumir la sustancia de golpe o consume menos dosis de la que solía tomar.

¿Qué es una adicción?

Una adicción conlleva un patrón de funcionamiento desadaptativo de consumo de una droga con deterioro o malestar significativo. Esto puede llegar a afectar a todas las áreas de la vida de la persona. Normalmente se habla de adicción cuando este patrón se mantiene durante un tiempo prolongado (al menos 12 meses).

Cuando se habla de drogas se hace referencia a toda sustancia que consumida modifica diferentes funciones del organismo, tanto mentales (humor, funcionamiento cerebral) como físicas (disfunción respiratoria o gastrointestinal).

Normalmente, estas sustancias se caracterizan por pasar de forma rápida desde el torrente sanguíneo hasta el cerebro, lo que produce cambios en la conducta. Estos efectos suelen ser percibidos de forma habitual como placenteras en los primeros consumos. Como resultado de ello, muchas personas siguen tomando la sustancia, aunque sus consecuencias puedan ser negativas a medio y largo plazo.

Cuando se consume de forma repetida una droga suelen aparecer algunos efectos sobre el cuerpo y el comportamiento:

1. Tolerancia a la sustancia. Significa que cada vez son necesarias dosis más elevadas de la sustancia para lograr el efecto deseado (por ejemplo, cada vez hay que beber más cantidad de alcohol para conseguir los efectos de la intoxicación) y que los efectos de la sustancia, si no se incrementan las dosis, son marcadamente menos intensos con el uso continuado.
2. Síndrome de abstinencia. Conjunto de reacciones físicas y psicológicas que suceden cuando una persona con una adicción deja de consumir la sustancia de golpe o consume menos dosis de la que solía tomar.

Además, cuando se instaura la adicción es habitual que la persona presente algunas de las siguientes características:

- Reconozca que consume una cantidad más elevada de la que pretende o durante periodos más largos de los que quisiera.
- Tiene un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Hay deseo intenso o urgencia para consumir (craving).
- Dedicar una parte importante de su tiempo a actividades relacionadas con obtener la sustancia (por ejemplo, desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de esta.
- Prioriza el consumo por encima de las actividades sociales, laborales o de ocio.
- Tiene cada vez mayores dificultades para cumplir con las principales obligaciones.
- Sigue consumiendo la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales causados o agravados por el consumo.
- Consume en situaciones en las que es físicamente peligroso.
- Continúa con el consumo a pesar de ser consciente de tener un problema físico y psicológico relacionado con la sustancia.

- Aunque en cada persona el impacto de la adicción es diferente y personalizado, todas las adicciones afectan de forma similar al funcionamiento cerebral y, por tanto, el tratamiento tiene muchos elementos en común.
- Las adicciones se tratan como una enfermedad mental crónica con un abordaje múltiple: médico, psicológico y social.

Tratamientos para las adicciones

Existen múltiples métodos para tratar las distintas adicciones, en función de la situación individual de cada paciente. Entre ellos encontramos:

- Tratamiento Psiquiátrico Individual
- Psicoterapia Individual y/o de Grupo
- Tratamientos Farmacológicos
- Grupos de Autoayuda
- Terapia de Pareja y de Familia
- Sesiones de Orientación y Terapéutica a familiares y amigos
- Internamiento por Adicciones

Internamiento por adicciones

Cada caso particular es distinto. Los alcohólicos y drogodependientes en proceso de recuperación, así como profesionales de la salud, Especialistas Médicos y Psicoterapeutas, reconocen que, dependiendo del caso específico y de la persona, los programas de 12 Pasos, los Tratamientos Médicos, la Atención Psicológica y/o Psiquiátrica son coadyuvantes en la atención de las Adicciones, sin estar hasta el momento especificado la duración del tratamiento.

Signos de adicción que requieren internación

Los signos de adicción que requieren internación pueden ser identificados por una variedad de síntomas. Estos incluyen una dependencia física y emocional de la sustancia, una incapacidad para controlar el uso de la sustancia, una disminución en la capacidad de funcionar en la vida diaria, una pérdida de interés en actividades anteriores, una disminución en la capacidad de controlar los impulsos, una disminución en la capacidad de tomar decisiones, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento, una disminución en la capacidad de controlar el estado de ánimo, una disminución en la capacidad de controlar el pensamiento, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento social, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento sexual, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento alimentario, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad física, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad intelectual, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad social, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad laboral, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad académica, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad religiosa, una disminución en

la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad recreativa, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida diaria, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida familiar, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida social, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida laboral, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida académica, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida religiosa, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida recreativa, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida sexual, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida emocional, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida mental, una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida espiritual, y una disminución en la capacidad de controlar el comportamiento de la actividad de la vida financiera. Si una persona presenta alguno de estos síntomas, es importante buscar ayuda profesional inmediatamente para determinar si es necesaria una internación.

Factores que deben considerarse al decidir internar a un adicto

Al decidir internar a un adicto, hay varios factores que deben considerarse. Primero, es importante evaluar el nivel de adicción del individuo. Esto incluye determinar si hay una dependencia física o psicológica, así como el grado de adicción. También es importante evaluar el historial de uso de drogas del individuo, así como su historial de tratamiento.

Además, es importante considerar el entorno del individuo. Esto incluye evaluar si hay personas en su vida que puedan apoyarlo durante el proceso de rehabilitación. También es importante evaluar si el individuo tiene acceso a recursos adecuados para ayudarlo a superar su adicción.

Finalmente, es importante evaluar el estado mental y emocional del individuo. Esto incluye determinar si el individuo está en un estado de ánimo adecuado para recibir tratamiento, así como si hay algún trastorno mental subyacente que pueda contribuir a la adicción. Esta evaluación también debe incluir una evaluación de los riesgos de suicidio.

Durante la internación de un adicto

Durante la internación de un adicto, se espera que el paciente reciba un tratamiento integral que incluya evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. El tratamiento se basará en un enfoque multidisciplinario que aborde los problemas físicos, psicológicos y sociales del paciente. El equipo de tratamiento estará compuesto por profesionales de la salud mental, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud. El tratamiento incluirá terapia individual, grupal y familiar, así como medicamentos para tratar los síntomas físicos y psicológicos. El objetivo del tratamiento es ayudar al paciente a desarrollar habilidades para manejar sus problemas de salud mental y adicción, así como para mejorar su calidad de vida. Durante la internación, el paciente también recibirá educación sobre la adicción y la salud mental, así como apoyo para la recuperación.

Las emociones y las adicciones

Raul perez, menciona que:

Las emociones y las adicciones son dos aspectos intrínsecos de la experiencia humana que, aunque a menudo se perciben como conceptos separados, están profundamente interconectados. Las emociones pueden influir en la forma en que las personas abordan las adicciones, ya sea como un mecanismo de afrontamiento o como desencadenantes que llevan a la dependencia de sustancias o comportamientos. Descubrir cómo estas dimensiones interactúan puede ser clave en la búsqueda de estrategias efectivas para la comprensión y la recuperación de las adicciones

Comprendiendo las emociones: la base de nuestras reacciones

Las emociones son respuestas psicológicas que nos permiten experimentar, interpretar y reaccionar ante diversas situaciones. Se pueden clasificar en categorías primarias, como la felicidad, la tristeza, el miedo, la ira, la sorpresa y el asco. Cada una de estas emociones juega un papel crucial en la forma en que interactuamos con el mundo que nos rodea. Las emociones pueden ser desencadenadas por estímulos externos, como eventos sociales o situaciones de vida, o pueden surgir internamente debido a nuestros pensamientos y reflexiones. La bidireccionalidad de este proceso es importante, ya que nuestras emociones también pueden influir en nuestros pensamientos y comportamientos.

A menudo, las personas experimentan emociones intensificadas en ciertas circunstancias, lo que puede llevar a la búsqueda de formas de alivio o escape. Cuando la tristeza o el estrés se vuelven abrumadores, por ejemplo, algunos individuos pueden recurrir a sustancias como el alcohol o las drogas. De este modo, se establece una relación entre emociones complejas y comportamientos adictivos, donde el uso de una sustancia o la adopción de un comportamiento puede ofrecer una solución temporal al malestar emocional.

El ciclo de la adicción: entre la emoción y la dependencia

La adicción puede definirse como una enfermedad crónica que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de una sustancia, a pesar de sus consecuencias negativas. Este desorden se desencadena frecuentemente por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las emociones juegan un papel fundamental en este ciclo, ya que pueden ser tanto un desencadenante como una consecuencia de la adicción. **(María Helena 1778, pag 67)**

Cuando una persona busca alivio de su dolor emocional a través de una sustancia o comportamiento, se activa el sistema de recompensa del cerebro. Al consumir una sustancia como el alcohol o las drogas, se liberan neurotransmisores, como la dopamina, que crean sensaciones de placer y bienestar. Sin embargo, este alivio es temporal y se ve seguido por un inevitable retorno a la realidad, lo que puede llevar a

la repetición del mismo comportamiento. Con el tiempo, la necesidad de consumir la sustancia se convierte en algo prioritario, desplazando otras emociones y actividades que antes eran significativas.

El papel del manejo emocional en la superación de las adicciones

Un enfoque eficaz para la recuperación de las adicciones es la integración de estrategias de manejo emocional. Esto implica desarrollar habilidades para identificar, entender y regular las emociones. La terapia cognitivo-conductual (TCC), por ejemplo, es un método comúnmente utilizado que se centra en reestructurar pensamientos disfuncionales y en la implementación de técnicas de afrontamiento que ayudarán a los individuos a manejar sus emociones de manera más efectiva. Aprender a reconocer las emociones negativas y manejar los desencadenantes puede ayudar a romper el ciclo de la adicción.

Además, la práctica de la atención plena (mindfulness) ha demostrado ser beneficiosa para aquellos en recuperación. La atención plena permite a los individuos observar sus pensamientos y emociones sin juzgarlos, lo que crea un espacio para la reflexión antes de actuar. Esta forma de autoconsciencia puede ser enormemente útil para evitar respuestas impulsivas a las emociones, que suelen llevar a la recaída.

Raul Jimenez 1887 pag 16

Hace referencia que:

La interconexión entre emociones y adicciones

La relación entre las emociones y las adicciones es compleja y multifacética. Las emociones influyen tanto en el desarrollo como en la recuperación de las adicciones, lo que pone de manifiesto la necesidad de entender cómo manejar nuestro mundo

emocional. La educación emocional y el apoyo social son herramientas vitales para lograr una vida libre de adicciones y, al mismo tiempo, alcanzar un bienestar emocional duradero. No se trata solo de dejar una sustancia o un comportamiento adictivo; se trata de transformar nuestras emociones y crear una nueva narrativa que promueva la salud y la felicidad en nuestras vidas. Este enfoque no solo beneficiará a aquellos que luchan contra la adicción, sino que también enriquecerá la comprensión general de la salud mental en la sociedad.

El impacto de las emociones en la prevención de recaídas

La prevención de recaídas es uno de los mayores desafíos en el tratamiento de las adicciones. Las emociones, especialmente las negativas, pueden ser potentes desencadenantes que llevan a los individuos a regresar a sus comportamientos destructivos. Por lo tanto, es vital fomentar un enfoque proactivo que incluya la prevención a través de la educación emocional. Aprender a identificar los momentos de vulnerabilidad y desarrollar un plan para afrontar la situación sin recurrir a la sustancia es una habilidad esencial en la recuperación.

Además, establecer y mantener una red de apoyo social vital puede ofrecer un refugio en tiempos de crisis emocional. La comunicación abierta sobre las luchas emocionales y la búsqueda de ayuda pueden hacer la diferencia entre una recaída y un avance hacia una vida más saludable. Sin una estrategia de manejo emocional adecuada, el riesgo de recaídas sigue siendo alto, resaltando así la importancia de la integración de las emociones en los planes de tratamiento.

El estigma y la salud emocional

El estigma social que rodea a las adicciones puede tener un impacto significativo en la salud emocional de las personas que las padecen. Muchos adictos se sienten avergonzados, culpables y estigmatizados por su enfermedad, lo que puede dificultar aún más la búsqueda de ayuda y apoyo.

El estigma puede llevar a la discriminación en el lugar de trabajo, la exclusión social y la falta de acceso a servicios de tratamiento adecuados. Esto puede aumentar aún

más el estrés y la carga emocional experimentada por las personas que luchan contra una adicción.

Abordando el impacto emocional de las adicciones

Es fundamental abordar el impacto emocional de las adicciones para lograr una recuperación completa y duradera. Esto implica no solo tratar la adicción en sí, sino también abordar los problemas subyacentes y las consecuencias emocionales de la adicción.

Una parte importante del proceso de recuperación es la terapia individual. La terapia puede ayudar a las personas a explorar las causas subyacentes de su adicción, así como a desarrollar estrategias efectivas para manejar las emociones negativas asociadas con ella.

La terapia familiar también puede desempeñar un papel crucial en la recuperación. La adicción no solo afecta a la persona adicta, sino también a sus seres queridos. La terapia familiar puede ayudar a reconstruir la confianza y mejorar la comunicación en las relaciones afectadas por la adicción.

Además de la terapia, es importante rodearse de un sistema de apoyo sólido. Esto puede incluir grupos de apoyo comunitario, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, donde las personas pueden compartir sus experiencias y recibir apoyo de otras personas que han pasado por experiencias similares.

2.3 BASES LEGALES

La Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es una institución mexicana encargada de desarrollar políticas y programas para prevenir y atender los problemas relacionados con las adicciones en el país.

La Comisión contra las adicciones es una entidad gubernamental que opera bajo la Secretaría de Salud de México, su objetivo principal es promover, coordinar y evaluar acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación en el campo de las adicciones. Trabaja en colaboración con instituciones públicas y privadas, fomentando la participación ciudadana en la lucha contra las adicciones. La Comisión facilita trámites relacionados con las adicciones, como la inscripción en programas de prevención y la búsqueda de centros de rehabilitación.

Promueve la capacitación de profesionales y colabora con diversos actores para abordar las adicciones de manera integral. Su labor se centra en la prevención, atención, investigación y formación, con el objetivo de construir una sociedad libre de adicciones.

Funciones y trámites de CONADIC

La Comisión tiene como funciones principales la prevención de adicciones, la atención y tratamiento a personas afectadas, la coordinación intersectorial y la investigación para el desarrollo de políticas basadas en evidencia.

Entre los trámites relacionados se encuentran el registro en programas de atención, la solicitud de información y orientación, y la participación en programas de capacitación.

Los beneficios y beneficiarios de la entidad

La Comisión contra las Adicciones ofrece una amplia gama de beneficios y servicios para abordar el problema de las adicciones en México. Su enfoque se centra en la educación, la prevención y el apoyo a las personas afectadas.

Está diseñado para beneficiar a toda la población, incluyendo a los grupos más vulnerables, como los jóvenes, los adultos mayores y las personas en situación de pobreza.

Programas de CONADIC

La entidad implementa diversos programas para la prevención y atención de las adicciones:

- Destacan el Programa Nacional de Prevención del Consumo de Drogas.
- Programa de Atención Integral a Personas con Problemas de Adicciones.
- Programa de Apoyo a Familias y Comunidades, y el Programa de Prevención del Consumo de Alcohol en Jóvenes y Adolescentes.

Estos programas se enfocan en la promoción de la prevención, la atención integral, el apoyo familiar y comunitario, y la prevención del consumo de alcohol en población joven.

La Comisión Nacional contra las Adicciones se mantiene en constante desarrollo y adaptación de sus estrategias para abordar las necesidades actuales en el campo de las adicciones. Fortalecimiento de la institución y análisis FODA para resultados en cronograma 2024

La información adicional proporcionada a continuación resalta la importancia de las alianzas estratégicas, la investigación, la participación internacional, los programas especializados y la evaluación en el trabajo de La Comisión Nacional contra las Adicciones.

Estas acciones complementan sus funciones principales y fortalecen su capacidad para abordar de manera integral el problema de las adicciones en México.

Alianzas estratégicas: Ha establecido alianzas estratégicas con instituciones y organizaciones para fortalecer sus acciones en la prevención y atención de adicciones.

Estas alianzas permiten compartir conocimientos, recursos y promover la cooperación en programas conjuntos.

1. Investigación y estudios: Estos estudios abarcan aspectos como consumo de drogas, tendencias, factores de riesgo, intervenciones preventivas y tratamientos.
2. Participación en foros y eventos internacionales: Esta participación fortalece su conocimiento y capacidades en prevención y atención de adicciones, y facilita la colaboración global.
3. Programas especializados: Estos programas adaptan estrategias para abordar sus necesidades particulares en la prevención y atención de adicciones.
4. Evaluación y monitoreo: Esto ayuda a identificar mejoras, ajustar estrategias y garantizar la calidad de los servicios. La evaluación continua es esencial para asegurar que las acciones estén alineadas con los objetivos y generen resultados positivos.

NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones XIX, XX y XXI, 13, apartado A), fracción I, apartado B), fracción I y 133, fracción I de la Ley General de Salud; 3o., fracción XI, 38, fracción II, 40, fracción XI y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4o. del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 6o., fracción XVII y 34, fracción VI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y

CONSIDERANDO

Que con fecha 21 de junio de 1999, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Consejo Nacional contra las Adicciones presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 12 de abril de 2000, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que, en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES

El uso, abuso y dependencia al tabaco; el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas y el uso, abuso y dependencia a otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas, de empleo lícito o ilícito, constituyen un grave problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad

Diversos estudios y sistemas de información y vigilancia, dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del uso y abuso de tales sustancias en nuestro país, lo que ha

permitido establecer que el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo constituyen nuestra problemática más importante, seguida por el tabaquismo y el consumo de otras sustancias psicoactivas.

En el caso de las bebidas alcohólicas, la población juvenil bebe a edades cada vez más tempranas, y su consumo excesivo repercute en los índices de morbi-mortalidad y en el costo social. En relación al tabaquismo, es innegable la asociación directa e indirecta del consumo del tabaco y sus productos, con graves padecimientos de alta letalidad, así como su impacto familiar, laboral, social y económico. En cuanto a la adicción a sustancias psicoactivas ilícitas, tiene una dinámica diferente por la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, formas de uso y patrones de consumo que han aparecido recientemente, y se presenta de manera fundamental en zonas urbanas, con marcadas diferencias regionales. Además, el uso de unas sustancias aumenta el riesgo del consumo de otras.

Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: accidentes y conducta violenta, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales y de la conducta. En el caso del tabaco: cáncer pulmonar y de otros órganos, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades vasculares cerebrales y problemas perinatales, entre otros. El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas conlleva a la aparición de problemas psicosociales y psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, criminalidad, lesiones por causa externa, alteraciones en la gestación (retraso en el crecimiento intrauterino, abortos, parto pretérmino y muerte fetal, entre otros), síndrome de abstinencia en el neonato, cambios a nivel neuronal y muerte súbita, entre otros.

El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas, representan una preocupación creciente para el gobierno federal, las entidades federativas y la sociedad en general. Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos y técnicos, así como con la coordinación de las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que permita implantar estrategias y acciones de investigación, prevención, tratamiento, normatividad y legislación, así como de sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones beneficien a la población.

Asimismo, para asegurar un nivel de calidad adecuado en la prestación de los servicios que permita finalmente, reducir la incidencia y prevalencia del uso y abuso de sustancias adictivas, así como la morbi-mortalidad asociadas, se requiere establecer las condiciones y requisitos mínimos indispensables que regulen la prestación de los mismos.

Objetivo y campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones.

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

Adicción o dependencia, al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

Adicto o farmacodependiente, a la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

Adicto en recuperación, a la persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción social.

Alcoholismo, al síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

Bebida alcohólica, a aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen.

Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Co-morbilidad, a la presencia de 2 o más trastornos en un mismo individuo.

Comunicación educativa, al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto

impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

Comunidad terapéutica, a la modalidad de tratamiento residencial, para la rehabilitación de adictos, en la que se intenta reproducir la sociedad exterior para hacer posible su reinserción social, a través del apoyo mutuo. Generalmente están operadas por un equipo mixto de adictos en recuperación y profesionales.

Consentimiento informado, al acuerdo por escrito, mediante el cual la o el usuario del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, autoriza su participación en la investigación o tratamiento, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna.

Consumo de sustancias psicoactivas, al rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de éstas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

Consumo perjudicial, uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, al patrón de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental como por ejemplo los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Se requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia psicoactiva.

Delirium, al estado mental agudo, reversible, caracterizado por confusión y conciencia alterada, y posiblemente fluctuante, debido a una alteración de metabolismo cerebral.

Educación para la salud, al proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Encargado, a la persona responsable del establecimiento o del tratamiento de las o los usuarios.

Establecimiento, a todo aquel lugar, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, fijo o móvil en el que se presten servicios de prevención, tratamiento y control a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.

Estilo de vida, al conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, y que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, las autoridades y la comunidad.

Factores protectores, a los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

Factor de riesgo, al atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Farmacodependencia o drogadicción, a la dependencia o adicción, a una o más sustancias psicoactivas. Ver dependencia.

Grupo de ayuda mutua, a la agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.

Grupo de alto riesgo, a aquél en los que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales, tienen mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, ejemplo: niños y adolescentes de y en la calle.

Intoxicación aguda, al estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.

Participación comunitaria, al proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad, para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.

Participación social, al proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Patrón de consumo o historia de consumo, al conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Prevención, al conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.

Promoción de la salud, a las acciones que se realizan con el objeto de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Recuperación, al estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

Rehabilitación del adicto, al proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

Reinserción social, al conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

Síndrome de abstinencia o de supresión, al grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable, que aparece durante la suspensión brusca, total o parcial, del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente, o del consumo de altas dosis de la misma.

Síndrome de dependencia, al conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico, que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias psicoactivas.

Sustancia psicoactiva, psicotrópica o droga, a la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de

uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas.

Tabaco, a la planta "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilizan para fumar, masticar o aspirar y cuya sustancia activa es la nicotina.

Tabaquismo, a la dependencia o adicción al tabaco.

Trastornos o problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas, a los efectos negativos, físicos, psicológicos y sociales estrechamente asociados al consumo agudo o crónico.

Tratamiento, al conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

Usuario, a toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas.

De conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) OMS-OPS, este grupo incluye un conjunto de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero, todos, atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas.

Los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas, se clasifican como sigue:

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de alcohol.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de opioides.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de cannabinoides.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de cocaína.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de otros estimulantes, incluida la cafeína.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de alucinógenos.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de tabaco.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de disolventes volátiles.

Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.

De acuerdo con la CIE-10, la identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información.

Estas incluyen: informe de la o el usuario; análisis de la sangre y otros fluidos corporales; síntomas característicos físicos y psicológicos; signos clínicos y del comportamiento y otras evidencias, como la sustancia psicoactiva que posee la o el usuario, o declaraciones de terceras personas bien informadas.

En el caso de quienes consumen varias sustancias psicoactivas a un mismo tiempo, el diagnóstico principal deberá clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de éstas que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presente. Los demás diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas en cantidades tóxicas, o en cantidades suficientes para causar daño, dependencia u otros trastornos.

2.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adicciones

La adicción (del latín, addictus¹) es una enfermedad neurológica que se caracteriza por una búsqueda patológica de la recompensa o alivio a través del uso de una sustancia u otras acciones. Esto implica una incapacidad de controlar la conducta, dificultad para la abstinencia permanente, deseo imperioso de consumo, disminución del reconocimiento de los impedimentos significativos causados por la propia conducta y en las relaciones interpersonales, así como una respuesta emocional disfuncional. **(ASAM Public Policy Statement. Definition of Addiction. 2011).**

Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, consideraba que la adicción era una manifestación de conflictos psicológicos subyacentes. Creía que las adicciones surgían como una forma de lidiar con conflictos emocionales no resueltos.

Adicción a sustancias

La adicción a sustancias es un padecimiento crónico, recurrente, progresivo y en ocasiones mortal que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas o fármacos (medicamentos de prescripción médica) Martín, Alex (4 de febrero de 2021) a pesar de sus consecuencias nocivas.

Según el “Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Estados Unidos, 2014” Se considera una enfermedad del cerebro porque las sustancias psicoactivas y las conductas compulsivas modifican la estructura y funcionamiento de ciertas áreas de este órgano.

Implica una dependencia de una sustancia, actividad o relación debido a trastornos que esta causa en los circuitos de recompensa, motivación y memoria (de la persona afectada). Las principales sustancias que provocan adicción son el alcohol, el THC, los alucinógenos, los inhalantes, los distintos opiáceos, los sedantes, los ansiolíticos, los estimulantes y el tabaco.

Criterios de conducta adictiva

Para que podamos considerar una conducta como una adicción tenemos que evaluar la situación con los siguientes criterios:

1. Consumo con frecuencia.
2. Deseo continuo de abandonar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir, consumir o recuperarse de los efectos del consumo.
4. Continuo y fuerte deseo de consumir.
5. Consumo recurrente.
6. Abandono o reducción de actividades sociales, laborales u ociosas.
7. A pesar de tener problemas físicos o psicológicos, se continua con el consumo.
8. Tolerancia. Son necesarias cada vez mayores dosis para alcanzar el efecto deseado.
9. Abstinencia.

En función de la cantidad de estos criterios que estén presentes en el sujeto, podemos clasificar el trastorno en leve, moderado o grave. El trastorno leve será diagnosticado cuando estén presentes 2 o 3 criterios. El trastorno moderado, cuando haya 4 o 5 criterios diagnósticos en el sujeto. Y finalmente, el trastorno grave se presenta con más de 6 criterios. "Morrison, James (2015)".

Las emociones

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante. Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria. "De la Serna, Juan Moisés (2018)"

2.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variables cualitativas

Como parte del proceso para la obtención y medición de la información que se recolecta de los pacientes del centro de rehabilitación, será necesario conocer actitudes, comportamiento, percepciones de sí mismo, contexto; entorno y estado físico y emocional a través de instrumentos de medición tales como entrevistas y observación directa lo que nos lleva al uso de variables cualitativas para el análisis de investigación.

En lugar de manipular variables o realizar experimentos en entornos controlados, el método observacional implica la observación pasiva de los sujetos en su entorno natural.

Los métodos de observación para la investigación suelen utilizarse en estudios de investigación cualitativa, como los análisis temáticos y la teoría fundamentada. Estas técnicas son posibles en los métodos observacionales y en las fases de recolección de datos en condiciones naturales.

El método de investigación observacional observa y registra sistemáticamente comportamientos, acontecimientos o fenómenos sin intervenir ni manipular variables.

CAPITULO III

3.1 DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1 Población

La población objetivo de la presente investigación está conformada por el total de 20 pacientes de 18 y 60 años de edad recluidos en el Centro de Adicciones Sin Sahan

Avida, quienes presentan diversas adicciones desde las leves hasta las de grado nivel con afectaciones psicosociales, físicas y emocionales.

3.2 Muestra

La muestra utilizada fue el total de los pacientes reclusos en el Centro Sin Sahan Avida de 20 personas.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.4.1 Técnicas

Las principales técnicas que se utilizará en la investigación son:

-Análisis documental

-Observación

3.4.2 Instrumentos

Los instrumentos de recolección de información serán los siguientes test:

- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de ansiedad de Beck (conocido por sus siglas en inglés «BAI») es un cuestionario de auto informe creado por el psicólogo Aaron T. Beck, el cual consiste en 21 preguntas con modalidad de opción múltiple y permite medir el grado de ansiedad tanto en niños como adultos (**Leyfer, OT; Ruberg, JL; Woodruff-Borden, J (2006).**

Características

Cada pregunta posee una escala del 0 al 3, siendo la más baja y la más alta respectivamente. Por consiguiente, un puntaje alto es indicador de una elevada ansiedad en el individuo. Las medidas del cuestionario son las siguientes: (**Julian, Laura J. (7 de noviembre de 2011)).**

0-7: ansiedad mínima

8-15: ansiedad leve

16-25: ansiedad moderada

26-63: ansiedad grave

Las preguntas utilizadas remiten hacia los síntomas más comunes de ansiedad que el sujeto haya podido experimentar durante la última semana y enfatiza en síntomas tales como temblores, sudoración, escenas temidas, entre otros.

Varios estudios han demostrado que el BAI es un cuestionario eficaz para detectar signos de ansiedad en niños y adultos.

Enfoque bidimensional

Según la revista “**Journal of Clinical Psychology 58 (4): 443-56**” nos mencionan que, aunque se puede pensar la ansiedad como una variable multidimensional (que incluye aspectos cognitivos, fisiológicos, afectivos y conductuales), Beck incluyó sólo dos de esos aspectos: la cognitiva y la fisiológica. La sub escala cognitiva puede revelar pensamientos irracionales y un funcionamiento cognitivo deficiente, mientras que la sub escala fisiológica mide la intensidad exitatoria de los síntomas.

Desde la introducción del BAI, se han implementado otras estructuras factoriales, incluida una estructura de cuatro factores utilizada por Beck y Steer con pacientes ambulatorios ansiosos que incluían componentes ansiógenos neurofisiológicos, síntomas autonómicos, subjetivos y de pánico.

En 1993, utilizaron una estructura de tres factores que incluía puntuaciones de sub escala subjetiva, fisiológica y de pánico para diferenciar entre una muestra de pacientes ambulatorios clínicamente ansiosos. “**Types of self-reported anxiety in outpatients with DSM-III-R anxiety disorders**». *Anxiety, Stress, & Coping* 6: 43-55. 1993”

Dado que la sub escala fisiológica presenta 15 ítems de los 21 en total, probablemente eso le quite énfasis a las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la ansiedad. Por lo tanto, el BAI funciona más adecuadamente en los trastornos de ansiedad con un alto componente fisiológico, como el trastorno de pánico. Por otro lado, el BAI podría no funcionar adecuadamente para trastornos como la fobia social o el trastorno obsesivo-compulsivo, que tienen una dimensión cognitiva y/o conductual más fuerte.

- Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) es una herramienta ampliamente utilizada en la evaluación psicológica. Consiste en un cuestionario que consta de 21 ítems que evalúan los síntomas y actitudes relacionados con la depresión. El objetivo principal de este inventario es medir la presencia y severidad de la depresión en adultos y adolescentes.

El BDI-2 se aplica tanto en contextos clínicos como de investigación. Es una herramienta valiosa para el diagnóstico y tratamiento de la depresión, así como para la investigación en salud mental.

Sus áreas de aplicación incluyen la psicología clínica, la psiquiatría, la psicología de la salud y la investigación en el campo de la depresión.

El procedimiento de aplicación del BDI-2 es relativamente sencillo. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 3, según la intensidad del síntoma experimentado. Luego, se suman los puntos totales para obtener una puntuación que refleja el nivel de depresión experimentado por el individuo.

El inventario proporciona una evaluación precisa de los síntomas de la depresión, como la tristeza, la pérdida de interés, la culpa y los cambios en el sueño. Es importante destacar que el BDI-2 no debe utilizarse para autodiagnóstico o tratamiento autónomo, ya que requiere una interpretación profesional.

El BDI-2 ha demostrado ser una herramienta fiable y válida, con buenas propiedades psicométricas.

Se considera que una puntuación de 0 a 13 indica una ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos.

Una puntuación de 14 a 19 se asocia con una depresión leve, mientras que una puntuación de 20 a 28 indica una depresión moderada. Una puntuación de 29 o más sugiere una depresión grave.

Es importante tener en cuenta que la interpretación de los resultados debe hacerse en conjunto con otros factores clínicos y no se debe utilizar únicamente como un diagnóstico definitivo.

Un resultado alto en el BDI-2 puede indicar la necesidad de una evaluación más exhaustiva por parte de un profesional de la salud mental.

Además de la puntuación total, también es relevante considerar los puntajes individuales de cada ítem.

Estos puntajes pueden proporcionar información adicional sobre los síntomas específicos que el individuo experimenta.

Es fundamental recordar que la interpretación de los resultados del BDI-2 debe ser realizada por profesionales capacitados en psicología o psiquiatría.

Ellos tienen los conocimientos necesarios para analizar los resultados en el contexto adecuado y tomar decisiones clínicas informadas.

La interpretación de los resultados del BDI-2 también debe considerar las características individuales del sujeto evaluado, su historia clínica y cualquier otra información relevante. Además de la puntuación total, también es relevante considerar los puntajes individuales de cada ítem.

CAPITULO IV

4.1 PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

4.1.3 Campañas sobre los efectos del consumo de sustancia

La prevención de adicciones debe tener como meta estimular los factores de protección que fortalecen la salud, incluyendo la abstención o disminución del uso y abuso de drogas, o reducir el impacto de los factores de riesgo teniendo como meta su erradicación (Hawkins et al., 2002).

Se sabe que el consumo de sustancias repercute directamente en el estado físico del consumidor debido a las enfermedades que se presentan después de un largo tiempo de consumo tales como daño hepático, riñones, insomnio, alucinaciones, gastritis, hepatitis, hipertensión arterial, infartos, impotencia, infertilidad, etc. Pero poco se habla del impacto emocional que cada sustancia provoca directamente sobre el consumidor.

Informar desde una edad temprana sobre el impacto en las emociones de cada sustancia servirá al consumidor a poder discernir sobre su consumo o llegar a entender el comportamiento post consumo.

Para ello es necesario realizar un plan estratégico para que la campaña llegue a la población vulnerable al consumo de las sustancias psicoactivas, es necesario que las escuelas se comprometan a priorizar sobre temas de concientización sobre el consumo ya que es un factor determinante de oportunidad para la difusión y aplicación de dichas campañas.

Como Llanes, 2007 y Luis. 2008 lo mencionan, se requiere diseñar intervenciones de prevención y que éstas se realicen bajo lineamientos efectivos tales como: contar con un marco referencial y metodologías adecuadas, materiales de apoyo pertinentes y suficientes, medidas de evaluación que sustenten los resultados.

Es importante involucrar a la sociedad civil, padres, madres y/o cuidadores para que aprendan a identificar comportamientos, actitudes y rasgos de consumo de sustancias psicoactivas de sus familiares para su oportuna atención.

4.2 CONCLUSIÓN

Con base a las recientes investigaciones y datos duros de las instituciones públicas encargadas sobre el tema de adicciones, podemos ver que éste es una problemática poco atendida y en constante crecimiento, que fuera de la creación de nuevos centros de rehabilitación a sustancias adictivas, ni siquiera ha podido lograrse ofrecer un servicio de calidad o garantice atender la demanda requerida.

Hemos visto ya que en un centro de rehabilitación existen diversas necesidades que el paciente experimenta durante su estancia, principalmente el de atención psicológica personalizada que le ayude a cubrir su tratamiento de manera eficiente.

Debido al síndrome de abstinencia por el consumo de sustancias, el paciente presenta durante los 3 meses de intervención síntomas tales como cefaleas, escalofríos, deshidratación, convulsiones o alucinaciones, genera algún tipo de reacción al dejar de consumirla, lo que repercute directamente a las emocionales.

Esto sucede por el consumo de sustancias nocivas y adictivas que por su composición química desregulan las emociones y el sistema límbico, lo que conlleva a la atención a la búsqueda de atención no solo psicológica sino fisiológica.

1. De Alcohol

En el caso de abstinencia por alcohol puede aparecer el delirium tremens en casos de alta consumición. Esto conlleva ansiedad, tristeza, irritabilidad, pesadillas, convulsiones, alucinaciones, entre otros, y puede llegar a ser mortal en los casos más graves.

2. De Tabaco

En cuanto al tabaco, es habitual que se gane peso, que aumente el apetito, que haya dificultades para la concentración, irritación, ansiedad o problemas para dormir, entre otros.

3. De estimulantes

Dentro de esta categoría incluimos anfetaminas, cocaína y otros estimulantes. La abstinencia a estas sustancias genera humor disfórico, aumento del apetito, fatiga, pesadillas y problemas de sueño como algunos de los síntomas más conocidos.

4. De sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

El uso y dosificación y el seguimiento de las pautas de consumo y retirada recomendados evitan este tipo de síndrome de abstinencia, que se puede dar tanto en aquellas personas que los usan terapéuticamente como en los que lo hacen de manera recreativa y/o sin control cuando se retira el consumo de golpe. Temblores, hiperactividad del sistema nervioso autónomo, taquicardia, náuseas y vómitos, alucinaciones, agitación y ansiedad son algunos de los síntomas más típicos.

5. De opiáceos

La retirada súbita del opio y sus derivados generan un síndrome de abstinencia con potencial para resultar mortal. Disforia, náuseas, dolores, diarrea, fiebre, insomnio o dilatación pupilar son algunos de los síntomas habituales en sujetos con abstinencia a los derivados del opio.

6. De cannabis

El cannabis es una sustancia cuyo consumo es muy popular, especialmente entre los jóvenes, y que es percibida como generalmente inocua. Sin embargo, recientemente se ha descrito la existencia de un síndrome de abstinencia que puede ocurrir en sujetos que consumen a diario o casi a diario. Este síndrome se caracteriza por intranquilidad, depresión, pérdida de apetito, nerviosismo e intranquilidad y en ocasiones pueden surgir alteraciones como fiebre, espasmos, dolor abdominal o cefalea.

Es importante concientizar sobre los efectos del consumo de sustancias para evitar caer en las adicciones que éstas provocan, proponer campañas de atención a la salud mental y diagnosticar trastornos previos al consumo como propuestas de prevención.

Buscar la ayuda de un profesional para tratar los trastornos emocionales subsecuentes del consumo, ayudará a prevención de recaídas futuras del paciente.

4.2 BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association, (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA:American Psychiatric Publishing.

Campbell Collaboration. (2017). Los programas de 12 pasos para reducir el consumo de drogas ilícitas no son ni mejores ni peores que otras intervenciones.

Myers (2006), Psicología 7ma edición, Editorial Médica Panamericana: Madrid

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561–571

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

4.3 ANEXOS

Anexo 1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....

Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1^b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

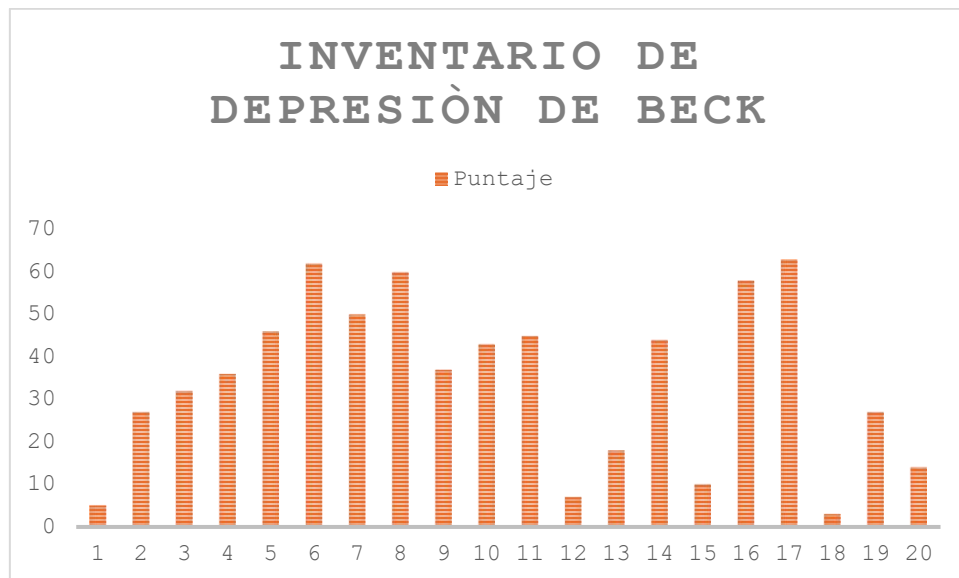
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Gráfico de resultados de aplicación de test "Inventario de depresión de Beck":



Gráfica 1.1 Resultados de aplicación de Inventario de depresión de Beck

Según los resultados obtenidos posterior a la aplicación del test para conocer el nivel de depresión que presentan los pacientes del centro de rehabilitación Sin Sahan Avida, nos arrojó con base a las puntuaciones de corte son las siguientes:

Clasificación.	Pacientes	Porcentaje
0-13: depresión mínima:	2	10%
14-19: depresión leve	2	10%
20-28: depresión moderada	2	10%
29-63: depresión grave.	14	70%
	20	100%

Tabla 1.1 Resultado de aplicación de inventario de depresión de Beck

Como se puede apreciar en la gráfica y tabla sobre el resultado de la aplicación del test “Inventario de depresión de Beck”, se observa que del total de pacientes el 10 % resulto con depresión mínima, 10 % con depresión leve, 10 % con depresión moderada y el restante 70 % con depresión grave, por lo que se traduce a un foco rojo de atención ya que la depresión grave es un trastorno el cual debe tener atención ya que la mayoría tiende a tener ideas suicidas. Concientizar que la depresión pueda ser transitoria como efecto negativo del consumo de sustancias servirá para el paciente para tener expectativas positivas sobre su condición.

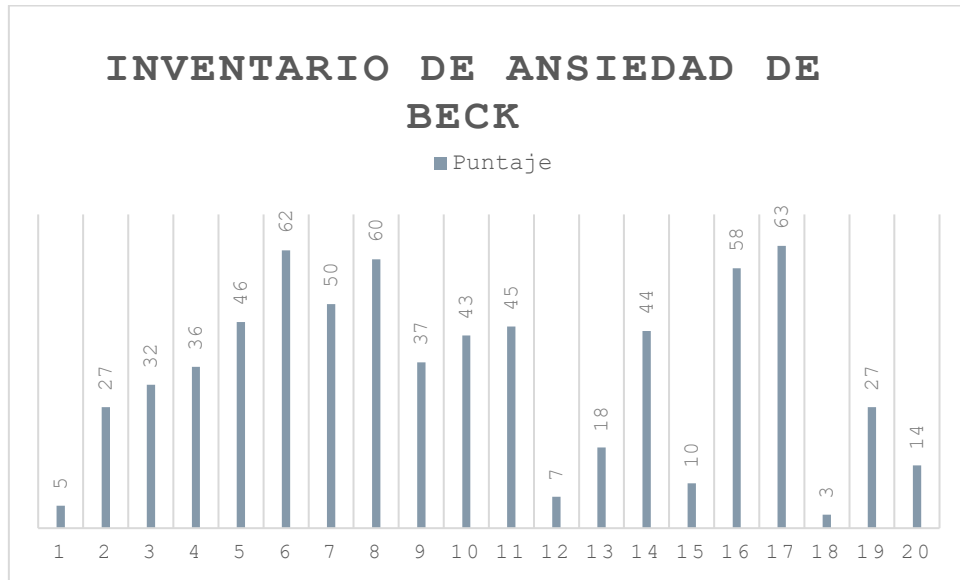
Anexo 2 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

No Leve Moderado Bastante

1. Torpe o entumecido -----
2. Acalorado -----
3. Con temblor en las piernas -----
4. Incapaz de relajarse -----
5. Con temor a que ocurra lo peor -----
6. Mareado, o que se le va la cabeza -----
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados -----
8. Inestable -----
9. Atemorizado o asustado -----
10. Nervioso -----
11. Con sensación de bloqueo -----
12. Con temblores en las manos -----
13. Inquieto, inseguro -----
14. Con miedo a perder el control -----
15. Con sensación de ahogo -----
16. Con temor a morir -----
17. Con miedo -----
18. Con problemas digestivos -----
19. Con desvanecimientos -----

20. Con rubor facial - - - - -

21. Con sudores, fríos o calientes - - - - -



Gráfica 1.2 Grafica de resultados de test "inventario de ansiedad de Beck"

Clasificación	Pacientes	Porcentaje
Puntuación entre 0 y 7 Nivel Mínimo de Ansiedad.	3	15%
Puntuación entre 8 y 15 Nivel Leve de Ansiedad.	2	10%
Puntuación entre 16 y 25 Nivel Moderado de Ansiedad.	1	5%
Puntuación entre 26 y 63 Nivel Grave de Ansiedad.	14	70%
	20	100%

Tabla 1.2 Resultados de test "inventario de ansiedad de Beck"

Como podemos observar en la grafica 1.2 “Gráfica de resultados de test “inventario de ansiedad de Beck”, de los 20 integrantes, tres resultaron con una puntuación de nivel mínimo de ansiedad, 2 con un nivel leve de ansiedad, 1 con un nivel moderado de ansiedad y 14 con un nivel grave de ansiedad.

Lo que representa un porcentaje preocupante ya que alrededor del 70 % de los pacientes del centro de rehabilitación tendrán complicaciones para el proceso de recuperación si los niveles de ansiedad no son tratados.

