



Educadicciones:

Intervención Psicoeducativa
para la Atención de las Adicciones

Autores

Dr. Rodrigo Marín Navarrete
Dr. Antonio Tena Suck



Autores

Dr. Rodrigo Marín Navarrete
Dr. Antonio Tena Suck

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA CIUDAD DE MÉXICO.
BIBLIOTECA FRANCISCO XAVIER CLAVIGERO

[LC] RC 564.15 M37.2022

[Dewey] 616.8603 M37.2022

Marín Navarrete, Rodrigo

Educadiciones: intervención psicoeducativa para la atención de las adicciones /

Rodrigo Marín Navarrete, Antonio Tena Suck. – México: Universidad Iberoamericana Ciudad de México, 2022 – 140 pp. – 21 x 27.5 cm.

– ISBN: 978-607-417-843-2

1. Adictos – Rehabilitación – Manuales, etc. 2. Drogadicción – Tratamiento – Manuales, etc. 3. Abuso de sustancias – Tratamiento – Manuales, etc. I. Tena Suck, Edgar Antonio. II. Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Departamento de Psicología.

D.R. © 2022 Universidad Iberoamericana, A. C.

Prol. Paseo de la Reforma 880

Col. Lomas de Santa Fe

Ciudad de México 01219

publica@ibero.mx

D. R. © 2022 Editorial el Manual Moderno, S. A. de C. V.

Av. Sonora No. 206, Col. Hipódromo,

Alcaldía Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México

Primera edición: 2022

ISBN: 978-607-417-843-2 (Universidad Iberoamericana)

ISBN: 978-607-417-877-2 (Editorial el Manual Moderno, S. A. de C. V.)

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización del editor. El infractor se hará acreedor a las sanciones establecidas en las leyes sobre la materia. Si desea reproducir contenido de la presente obra, escriba a: publica@ibero.mx

Impreso y hecho en México

Educadiciones: Intervención Psicoeducativa para la Atención de las Adicciones

D.R. © 2022 por Universidad Iberoamericana, A.C.

D.R. © 2022 por Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V.

ISBN: 978-607-417-843-2 (Universidad Iberoamericana)

ISBN: 978-607-448-877-7 (Editorial El Manual Moderno S.A de C.V)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39



es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.



FICSAC®
PATRONATO ECONÓMICO Y DE DESARROLLO

**Nos interesa su opinión
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora No. 206, Col. Hipódromo,
Alcaldía Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México



+52 (55) 5265 - 1100



info@manualmoderno.com quejas@manualmoderno.com

¡Síguenos!



www.manualmoderno.com

CRÉDITOS

Este estudio fue desarrollado por académicos del:

Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México en colaboración científica con Investigadores de la Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

FINANCIAMIENTO:

Esta obra y su publicación científica fue financiado por:

Los autores de este libro, agradecemos a Fomento de Investigación y Cultura Superior, A.C. (FICSAC) Patronato Económico y de Desarrollo de la Universidad Iberoamericana, por haber financiado, a través de la Convocatoria UIA – FICSAC, el proyecto de investigación (FI2787012) que dio origen a este libro, así como su contribución para la edición y publicación de este ejemplar.

AGRADECIMIENTOS

Los autores extienden un especial agradecimiento a: Dr. Alejandro Pérez López, Dr. Ricardo Sánchez Domínguez, Dra. Sandra Montes de Oca, Mtra. Lorena Lários Chávez, Mtra. Ana Karen Ambríz Figueroa; así como a los alumnos, profesionales no especializados, y no profesionales que participaron en las distintas etapas del proyecto.

DISEÑO EDITORIAL:

Elizabeth Cuevas, Innovación, Diseño y Comunicación S.A. de C.V.

DR. RODRIGO MARÍN NAVARRETE

Es psicólogo clínico especializado en adicciones y patología dual. Cursó sus estudios de licenciatura, maestría y doctorado en la Universidad Iberoamericana Ciudad de México (IBERO-CDMX). Es especialista en el tratamiento de las adicciones por el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix (CESMF). Se certificó en conducción e implementación de ensayos clínicos en University of Miami (UM). Maestría en Alta Dirección de Empresas en IPADE Business School. El Dr. Marín, es fundador y director general de SSMAP S.C., empresa con más de 10 años de experiencia, dedicada a la atención de la salud mental de personas, familias, organizaciones y empresas.

Como investigador, actualmente se desempeña como el jefe de la Unidad de Ensayos Clínicos en Adicciones y Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Es Investigador en Ciencias Médicas "D" por la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) e Investigador Nacional Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores del CONACyT, y es miembro del Florida Node Alliance of the National Institute on Drug Abuse - Clinical Trials Network (NIDACTN). Sus principales líneas de investigación son: patología dual, reducción del daño, desarrollo y evaluación de modelos de intervención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos por consumo de sustancias y salud mental en las empresas.

Dentro de su actividad científica ha tenido la oportunidad de conducir como Investigador Principal, 11 protocolos de alto impacto y uno como Co-investigador, en los que ha recibido financiamientos nacionales e internacionales para su implementación y ejecución. Ha participado como ponente en numerosas sesiones de posters, mesas, debates y conferencias en congresos y reuniones científicas en el ámbito nacional e internacional, además de ser autor y co-autor de poco menos de 70 artículos científicos, 4 libros, 10 capítulos de libro. El Dr. Marín también forma parte de comités y consejos editoriales de revistas científicas como: PlosONE, Frontiers in Psychiatry, Psicología Iberoamericana, Revista Internacional de Investigación en Adicciones, y fue Co-Editor Científico de la revista SALUD MENTAL durante el periodo 2014-2019.

Debido a su trayectoria ha sido nombrado asesor, coordinador de secciones académicas, miembro honorífico e incluso premiado por sociedades científicas como: Sociedad Española de Patología Dual (Vocal de Psicología Clínica), World Association on Dual Disorders (Coordinator for International Scientific Asociación Psiquiatría Mexicana A.C (Miembro honorífico), y American Society of Hispanic Psychiatry (Lifetime Achievement Award en 2021).

DR. ANTONIO TENA SUCK

Licenciado en Psicología por la Universidad Iberoamericana, Maestro en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México. Con una especialidad en Psiquiatría Dinámica en la Asociación Psicoanalítica Mexicana y Doctor en Psicología por la Universidad Iberoamericana.

Director del Departamento de Psicología en la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México (2008-2015). Presidente del CNEIP (Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología) en el periodo 2015-2019 actualmente presidente de la FIAP. Y coordinador de la Clínica de Bienestar Universitario en la IBERO CDMX.

Se le han otorgado diversos reconocimientos dentro de los cuales se enumeran: Reconocimiento Académico Numerario, Diploma al Mérito Universitario en la Universidad Iberoamericana, Medalla al Mérito Universitario en la Universidad Iberoamericana, NBCC International Member Board of Directors. Medalla San Ignacio de Loyola por 30 años de la Institución (IBERO CDMX)

Dentro de sus publicaciones, destacan: Cinco Manuales de Laboratorio, Dos libros publicados sobre Investigación, 4 libros sobre Procesos psicoterapéuticos más de 40 artículos publicados en revistas Nacionales e Internacionales, Dirección de más de 108 Tesis de Licenciatura y Posgrado.

Su área de trabajo clínico se enfoca en los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde un enfoque integrativo centrado en la solución de problemas. Ha consolidado su área de estudio en la prevención y promoción de la salud mental positiva y los estilos de vida saludables. Miembro fundador de AMOPP (Asociación Mexicana de Orientación Psicológica y Psicoterapia A.C), para promover el ejercicio responsable, ético y la certificación de psicoterapeutas. Actualmente trabaja como terapeuta privado en la Ciudad de México y como Académico de Tiempo Completo, supervisor de internado en la maestría en Orientación Psicológica y Coordinador de la Clínica de Bienestar Universitario en la Universidad Iberoamericana CDMX.

REVISORES INTERNACIONALES

Dr. Nestor Szerman

President (2021-2023)

World Association on Dual Disorders (WADD)

Presidente Fundador

Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)

Dr. Carlos Canssiani

Presidente

Asociación Colombiana de Patología Dual (ACPD)

Dra. Viviana Horigian

Director Public Health Education University of Miami Miller School of Medicine

Executive Director of the Florida Node Alliance of the National Drug Abuse

Treatment Clinical Trials Network (CTN)

Dr. Francisco Ferre Navarrete

Vocal de Adicciones Comportamentales

Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)

REVISORES NACIONALES

Dr. Bernardo Ng

Presidente (Bienio 2020-2021)
Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM)

Dra. Ana de la Fuente Martín

Coordinadora de la Sección de Trastornos Adictivos y Patología Dual
Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM)

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativo
Centros de Integración Juvenil A.C.

Dr. Alonso Gutiérrez Novelo

Director General
Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA)

Dr. Jeremy Cruz Islas

Miembro fundador del Centro de Atención a Transgénero Integral

Dr. Christian Toledo Lozano

Psiquiatra Experto en Adicciones y Patología Dual
Profesor de asignatura en pregrado y posgrado (UNAM)
Médico adscrito al servicio de Investigación clínica del CMN
"20 de Noviembre" (ISSSTE)

Dra. Solveig Rodríguez Kuri

Investigadora
Centros de Integración Juvenil A.C.

Mtro. Raúl Martín del Campo

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

CONTENIDO

9	Prólogo
12	Introducción
14	Capítulo 1. Síntomas de la adicción a sustancias
24	Capítulo 2. Patología Dual: co-ocurrencia entre los TCS y OTP
34	Capítulo 3. Problemas asociados al consumo de sustancias
48	Capítulo 4. Conducta sexual de riesgo
60	Capítulo 5. Disparadores de consumo de sustancias
66	Capítulo 6. Manejo de emociones
76	Capítulo 7. El proceso de la recaída
86	Capítulo 8. Rehabilitación integral
96	Capítulo 9. Plan de tratamiento
104	Capítulo 10. Red de apoyo social
114	Capítulo 11. Proyecto de vida
122	Capítulo 12. Adicciones conductuales

PRÓLOGO

La salud en general y la salud mental en particular es una de las prioridades del Plan de Acción de Cooperación Internacional para el Desarrollo Sostenible 2030, establecido en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2016, conocida como UNGASS por sus siglas en inglés. Es claro que sin salud no hay desarrollo y los trastornos mentales y por consumo de sustancias contribuyen de manera importante a la discapacidad de la población en el mundo, y representan altos costos su debida atención.

La emergencia sanitaria ha alterado las metas 2030 y ha traído consigo tanto problemas económicos, como deserción escolar, violencia familiar, aumento en consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, intentos suicidas y desgraciadamente aumento de suicidios en población adolescente. El bienestar de las personas, familias y comunidades es de esta manera una prioridad.

Esta obra elaborada por profesionales con larga trayectoria y experiencia en el tema de patología dual, como los son el Dr. Rodrigo Marín Navarrete y el Dr. Antonio Tena Suck, titulada EDUCADICIONES: INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES aparece en el momento más oportuno y necesario. Se presenta en un contexto epidemiológico complicado, en el que se incrementa el consumo de nuevas sustancias psicoactivas, metanfetaminas y opiáceos, así como del consumo combinado de drogas como alcohol, tabaco con marihuana o estimulantes anfetamínicos.

Se ha mostrado que intervenciones tempranas, oportunas y que hayan probado su eficacia son capaces de reducir la carga mundial que imponen los trastornos mentales y por abuso de sustancias, particularmente en países de bajos y medianos niveles de ingreso dentro de los cuales se encuentra México y la mayoría de los países de este hemisferio. Este texto, es producto de investigaciones y análisis teóricos, clínicos y metodológicos del más alto nivel, además está escrito de manera clara y sencilla, habilidad que solo alcanzan los verdaderos conocedores, y ha sido revisada por expertos en el tema internacionales y nacionales.

Profesionales de la salud, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, tanto especialistas como aquellos que se inician en el tema, encontrarán en este texto una integración de áreas de conocimiento y metodologías regularmente dispersas en diferentes fuentes. Enhorabuena a sus autores.

DRA. CARMEN FÉRNANDEZ CÁCERES

Directora General

Centros de Integración Juvenil A.C.

Abreviaturas

APA: American Psychiatric Association

ATV: Área Tegmental Ventral

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta Edición)

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision

CIE 11: Clasificación Internacional de Enfermedades versión 11

ITS: Infección de transmisión sexual

OMS: Organización Mundial de la Salud

OTP: Otros trastornos psiquiátricos

PD: Patología Dual.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

TCA: Trastorno de la conducta alimentaria

TCS: Trastorno por Consumo de Sustancias

TD: Trastorno Disocial

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

TND: Trastorno Negativista Desafiante

VHC: Virus de la Hepatitis C

VHB: Virus de la Hepatitis B

VIH: Virus de Inmunodeficiencia humana

VPH: Virus del Papiloma Humano

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo los sistemas de información describen periodos de incremento y disminución en el consumo de sustancias de abuso. Asimismo, se sabe que el consumo abusivo y crónico de sustancias afecta negativa e integralmente a las personas, ya que se asocia con lesiones y accidentes que pueden causar la muerte o discapacidad, bajo rendimiento escolar o laboral y deserción, violencia familiar, conducta antisocial, sucesos traumáticos, trastornos mentales (ansiedad y depresión), ideación y conducta suicida, conductas sexuales de riesgo, infecciones de transmisión sexual y otras consecuencias médicas.

La demanda de tratamiento especializado por la población afectada no solamente requiere espacios físicos y modelos de atención, sino también personal calificado para la atención de la salud mental (*se estima que, en México, por cada 100 mil habitantes hay 1.5 psiquiatras, un médico no especializado, tres enfermeras y solamente un psicólogo*). Dicha situación se agrava si se considera que es escaso el personal capacitado y certificado para la atención de las adicciones, lo que hace evidente la limitada oferta de programas académicos de pregrado, posgrado y educación continua en el país encaminados a proporcionar conocimientos y competencias básicas a profesionales no especializados (licenciados en psicología, médicos generales, etc.).

En respuesta a tales problemas, los investigadores y especialistas han propuesto que los tratamientos deben ser estandarizados y multicomponente, donde la **PSICOEDUCACIÓN** juega un rol relevante, no importando si la modalidad es residencial o ambulatoria.

EDUCADICCIONES: INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES, no pretende sustituir modelos psicoeducativos que se han escrito para el mismo propósito. Sin embargo, pretende presentar una actualización sobre temas clave para el proceso de rehabilitación como lo son: *síntomas de la adicción a sustancias, patología dual, problemas asociados al consumo de sustancias, conducta sexual de riesgo, disparadores de consumo, manejo de las emociones, el proceso de la recaída, rehabilitación integral, red de apoyo social, proyecto de vida, y adicciones conductuales*.

El presente libro está dirigido a profesionales de la salud mental en formación o de otras especialidades médicas, así como profesionales técnicos, consejeros en adicciones y promotores de la salud. Así como para pacientes y familiares que sufran algún padecimiento adictivo.

EDUCADICCIONES: INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES, es un modelo estandarizado y manualizado producto de una investigación, por tal motivo se puede integrar a un libro de trabajo para ser empleado como una intervención estandarizada.

Vale la pena destacar que la mayor parte de las personas que se enfrentan a problemas de salud mental como las adicciones, no les resulta sencillo el proceso de rehabilitarse o rehabilitar a otros, ya que las intervenciones las reciben como si fueran una serie de conceptos muy complejos y difíciles de entender, a las que no

encuentran sentido, y no lo perciben como un problema complejo de etiología biopsico-social y multifactorial.

Los autores creemos que el presente libro puede coadyuvar al trabajo asistencial (individual, grupal, familiar y de pareja) de los diversos actores de la comunidad clínica dedicada al tratamiento de las adicciones, también puede fungir como libro de texto complementario para las asignaturas de orientación psicológica y manejo de las adicciones, así como de consulta para cualquier persona interesada en el tema.

Este libro está dividido en 12 capítulos y cada uno cubre aspectos clave del proceso de rehabilitación integral (síntomas de la adicción a sustancias, patología dual: co-ocurrencia entre los TCS y OTP, problemas asociados al consumo de sustancias, conducta sexual de riesgo, disparadores de consumo de sustancias, manejo de emociones, el proceso de la recaída, rehabilitación integral, plan de tratamiento, red de apoyo social, proyecto de vida y adicciones conductuales). Esta obra, como intervención psicoeducativa, contará con un volumen complementario a manera de libro de ejercicios.

Los autores entendemos que la psicoeducación es un componente necesario, aunque no suficiente, para generar cambios definitivos en el paciente y la familia con problemas de adicciones, y que para eso se requiere de un plan de tratamiento más amplio que cubra todas las áreas afectadas del paciente y su familia.

Finalmente, consideramos importante destacar que los profesionales de la salud mental debemos mantenernos en un proceso de actualización constante, mismo que implica paciencia, perseverancia, esfuerzo, pero sobre todo humildad. Ya que no podemos concebir un proceso de formación de personas con valores, capaces de comprometerse con sus pacientes y la sociedad misma, a partir de su crecimiento como seres humanos.

Capítulo 1.

Síntomas de la adicción a sustancias

¿Qué es el trastorno por consumo de sustancias?

El alcohol y otras drogas son sustancias químicas que afectan el cerebro debido a que se introducen en él e interfieren con la manera en que las neuronas se comunican (Volkow, 2014).

El TCS o adicción a sustancias es una enfermedad del cerebro que se caracteriza por síntomas psicológicos (conducta, emoción y cognición) y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo a pesar de la aparición de problemas y complicaciones biopsicosociales relacionadas, que impactan negativamente a la persona y su entorno. Además del incremento de la cantidad y la frecuencia del consumo y la aparición de sensaciones de displacer al intentar abandonarlo (Volkow, 2014; Galanter & Kleber, 2008).

¿Cuáles son los síntomas principales de los TCS?

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013),

se debe emplear el término trastorno por consumo de (nombre de la sustancia). Anteriormente la APA clasificaba el consumo de sustancias en uso, abuso y dependencia. Actualmente establece que si el individuo presenta de 2 a 3 síntomas el trastorno es leve; de 4 a 5 síntomas es moderado, y 6 o más síntomas es grave.

Para poder establecer la clasificación anterior, la persona debe presentar al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Consumir alcohol u otras drogas en cantidades mayores o mayor tiempo del previsto.
2. Deseo constante o fracasos persistentes por controlar o dejar el consumo de alcohol u otras drogas.
3. Invertir mucho tiempo en actividades relacionadas con conseguir, consumir o recuperarse de los efectos del alcohol u otras drogas.
4. Poderoso deseo de consumir alcohol u otras drogas, también conocido como craving.

5. Consumo recurrente de alcohol u otras drogas, que impide realizar actividades laborales, escolares o en el hogar.

6. Consumo recurrente de alcohol u otras drogas, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales provocados o aumentados por el consumo.

7. Abandono de actividades de ocio, sociales o profesionales debido al consumo de alcohol u otras drogas.

8. Consumo recurrente de alcohol u otras drogas en situaciones en las que existe riesgo físico.

9. Consumo recurrente de alcohol u otras drogas a pesar de tener problemas físicos o psicológicos, provocados o aumentados por la sustancia.

10. Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol u otras drogas para conseguir los efectos placenteros iniciales.

11. Abstinencia, manifestada por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia en cuestión (por ejemplo, temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones, ansiedad, entre otras).

Es importante tomar en cuenta que el diagnóstico del TCS debe ser realizado preferentemente por un especialista en adicciones, psiquiatría y/o salud mental.

¿Qué ocurre en el cerebro?

Los avances en neurociencias han revelado que la adicción a sustancias no se pueden reducir al uso excesivo del consumo, sino que implica un conjunto de procesos interconectados con mecanismos específicos que dan lugar al fenómeno adictivo (Volkow, 2020). Exis-

te la creencia de que las personas que consumen alcohol y otras sustancias de abuso carecen de fuerza de voluntad para cesar el consumo. Sin embargo, la evidencia científica ha permitido modificar esta creencia. Por ejemplo, hoy se sabe que, de las personas que consumen sustancias de abuso, sólo el 10% llegará a desarrollar el TCS, debido a que la vulnerabilidad genética contribuye hasta en un 60% de la probabilidad (Volkow, 2014).

Asimismo, se conoce que el consumo prolongado de sustancias de abuso genera cambios neuroadaptativos que alteran el funcionamiento psicobiológico y psicofisiológico del cerebro humano, lo que se traduce en el incremento de la conducta de consumo tanto en frecuencia como en cantidad y en la aparición del craving (fuerte deseo de consumo) (Ungless, Whistler, Malenka, & Bonci, 2001).

Lo anterior se explica en parte porque el alcohol y otras sustancias de abuso actúan sobre el circuito de recompensa del cerebro. Este circuito dopaminérgico está conformado por estructuras cerebrales que van desde el área tegmental ventral (ATV), pasando por el núcleo accumbens, hasta llegar a la corteza prefrontal.

Las neuronas del núcleo accumbens tienen extensiones hacia la corteza prefrontal y la amígdala (procesa y almacena memorias asociadas a sucesos emocionales negativos; Janak & Tye, 2015).

En general, el circuito de recompensa controla el placer, impulsa a la persona a repetir conductas necesarias para la supervivencia como comer o tener relaciones sexuales e interviene en el proceso de memoria y aprendizaje (Koob & Le Moal, 2001; Volkow, Fowler, & Wang, 2004).

Cuando se realizan conductas placenteras, como comer o tener relaciones sexuales, el circuito de recompensa se activa, liberando dopamina (sustancia química asociada con el placer). Se ha encontrado que el consumo de sustancias de abuso produce una liberación de hasta 500% más dopamina que las actividades placenteras cotidianas. De este modo, la sobrestimulación sobre el circuito de recompensa provoca un intenso

TCS: Es una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la búsqueda compulsiva y el incremento en la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol u otras sustancias de abuso, a pesar de la aparición de problemas y complicaciones biopsicosociales relacionadas, que impactan negativamente a la persona y su entorno.



placer, lo que contribuye al consumo repetitivo (Di Chiara & Imperato, 1988).

El consumo repetido de sustancias, mantiene niveles excesivos de dopamina en el circuito de recompensa. Para compensar esta situación, el cerebro reduce la producción de esta sustancia. La reducción de dopamina en el circuito de recompensa disminuye la capacidad de las personas para experimentar placer, por lo que continúan consumiendo alcohol y otras drogas para regular los niveles de dopamina. Incluso, es probable que consuman mayores cantidades para obtener los efectos placenteros experimentados en los primeros consumos; a este fenómeno se le conoce como tolerancia (Volkow, 2014).

Además, el consumo continuo genera recuerdos en el cerebro que incluyen elementos asociados con el consumo de sustancias. Por esto, las personas pueden experimentar deseos intensos por consumir ante la presencia de algún elemento del ambiente, aunque la droga no esté presente; este deseo intenso por consumir es mejor conocido como craving. Estos cambios cerebrales y conductuales son características esenciales del TCS. Una vez que se presentan, conseguir la abstinencia es más complicado (Cruz Martín del Campo, 2014).

¿Qué factores se asocian con el inicio en el consumo de alcohol y otras drogas?

El consumo de drogas suele aparecer desde muy temprana edad. Los resultados de las encuestas en población mexicana revelan que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 17.9 años, mientras que para el consumo de otras sustancias es de 17.8 años (Villatoro-Velázquez et al., 2017a, 2017b).

La evidencia indica que hay múltiples características o cualidades de un sujeto o comunidad que aumentan la probabilidad de que una persona inicie el consumo de sustancias, a estas características se les denomina factores de riesgo (Suarez & Krauskopf, 1995).

Los periodos clave de riesgo para el consumo de sustancias son algunas etapas del desarrollo, principalmente la adolescencia. Los desafíos sociales, emocionales y académicos presentes en esta etapa de la vida ponen en riesgo al individuo para que inicie el consumo de alcohol y otras sustancias (Sussman, Unger, & Dent, 2004; Volkow, 2014).

Los factores de riesgo pueden dividirse en tres categorías:

Individuales. Está integrado por condiciones biológicas (genética, sexo, edad) y problemas de conducta, con inicio en la infancia y adolescencia. En relación con el primer punto, se estima que los factores genéticos contribuyen con hasta el 60% de la vulnerabilidad de las personas para desarrollar un TCS (Volkow, 2014). Por su parte, entre los trastornos de conducta se encuentran el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TND) y trastorno disocial (TD). El TDAH se caracteriza por dificultades para poner atención, hiperactividad y/o impulsividad (Vásquez, Cárdenas, et al., 2010; Marín-Navarrete, et al., 2013). El TND se caracteriza principalmente por una conducta hostil (discutir, desobedecer, etc.) contra figuras de autoridad (Vásquez, Fera, Palacios, & De la Peña, 2010b). El TD se caracteriza por agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo, y violación de reglas y derechos de otras personas (Vásquez, Fera, Palacios, & De la Peña, 2010a). Otros factores de riesgo individuales son las pocas habilidades de comunicación y la dificultad para la solución de problemas.

Familiares. Se agrupan en dos categorías principales: modelo parental y relación familiar. El primero se refiere a la aprobación que tiene la familia sobre el consumo de sustancias; incluye actitudes de aprobación de los padres hacia el consumo de sustancias y el

Cuadro 1. Componentes del circuito de recompensa.

✓ El núcleo accumbens, zona del cerebro que está implicada en la motivación y el aprendizaje, y en el señalamiento del valor motivacional de los estímulos.

✓ El área tegmental ventral es una zona rica en neuronas dopaminérgicas, las cuales envían proyecciones hacia regiones del cerebro, implicadas en las emociones, pensamiento, memoria y planificación, y ejecución de los comportamientos.

✓ La corteza prefrontal integra información de estímulos ambientales y de los recuerdos asociados a la recompensa generada tras el consumo de sustancias.



consumo al interior de la familia (Skeer et al., 2011; Tucker et al., 2011). El segundo es la interacción entre todos los miembros que la conforman; incluye bajo funcionamiento familiar, poca supervisión de los padres, falta de disciplina (Negrete & García-Aurrecoechea, 2008; Santander et al., 2008), abuso físico, sexual (Kilpatrick et al., 2000; Simantov, Schoen, & Klein, 2000) o emocional en la infancia (Hamburger, Leeb, & Swahn, 2008; Moran, Vuchnich, & Hall, 2004).

persona como: tipo de droga, patrón de consumo, sintomatología psiquiátrica co-ocurrente, edad, sexo, entre otras (Volkow, 1999).

Ambientales. Este aspecto está integrado por categorías como desempeño escolar y relación de pares. La primera hace referencia a conductas o actitudes mostradas en el colegio; incluye baja adherencia escolar, poco interés por estudiar y ser víctima de bullying (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen, & Rimpelä, 2000; Nansel et al., 2001). La relación de pares es la interacción entre personas de edad similar; incluye tener pares involucrados en actividades delictivas (Battin, Hill, Abbott, Catalano, & Hawkins, 1998) y uso de alcohol u otras sustancias entre éstos mismos (Whitesell, Bachand, Peel, & Brown, 2013).

¿Los TCS pueden ser tratados?

El TCS o la adicción a sustancias es una enfermedad crónica que afecta varias áreas de la persona. La evidencia demuestra que el tratamiento multidisciplinario que integra la atención médica, psiquiátrica y psicológica, incrementa la efectividad y favorece el mantenimiento de la abstinencia. De manera general, la atención médica y psiquiátrica se apoya de fármacos o medicamentos para controlar los síntomas de abstinencia, evitar la recaída y tratar otros síntomas psiquiátricos asociados. mientras que la atención psicológica ayuda a las personas a modificar creencias y comportamientos sobre el consumo de sustancias (National Institute on Drug Abuse, 2018).

Es recomendable que el tratamiento sea a largo plazo y que incluya un monitoreo periódico que permita evaluar los avances o retrocesos a través del proceso de rehabilitación. Finalmente, es importante tomar en cuenta que el tratamiento dependerá de las necesidades individuales de cada

¿Qué es el trastorno por consumo de sustancias?

Es una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la búsqueda compulsiva y el incremento en la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol u otras sustancias de abuso, a pesar de la aparición de problemas y complicaciones biopsicosociales relacionadas, que impactan negativamente a la persona y a su entorno.

¿Cuáles son los síntomas principales de los TCS?

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), se debe emplear el término trastorno por consumo de (nombre de la sustancia).

Actualmente la APA establece que si el individuo presenta:



Para poder establecer la clasificación anterior, la persona debe presentar al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Consumir alcohol u otras drogas en cantidades mayores o mayor tiempo del previsto.
2. Deseo constante o fracasos persistentes por controlar o dejar el consumo de alcohol u otras drogas.
3. Invertir mucho tiempo en actividades relacionadas a conseguir, consumir o recuperarse de los efectos del alcohol u otras drogas.
4. Poderoso deseo de consumir alcohol u otras drogas, también conocido como craving.
5. Consumo recurrente de alcohol u otras drogas, que impide realizar actividades laborales, escolares o en el hogar.
6. Consumo recurrente de alcohol u otras drogas, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales provocados o aumentados por el consumo.
7. Abandono de actividades de ocio, sociales o profesionales debido al consumo de alcohol u otras drogas.
8. Consumo recurrente de alcohol u otras drogas en situaciones en las que existe riesgo físico.
9. Consumo recurrente de alcohol u otras drogas a pesar de tener problemas físicos o psicológicos provocados o aumentados por la sustancia.
10. Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol u otras drogas para conseguir los efectos placenteros iniciales.
11. Abstinencia, manifestada por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia en cuestión (por ejemplo, temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones, ansiedad, entre otras).



¿Qué ocurre en el cerebro?

El consumo prolongado de sustancias de abuso genera cambios neuroadaptativos que alteran el funcionamiento psicobiológico y psicofisiológico del cerebro humano, lo que se traduce en el incremento de la conducta de consumo, tanto en frecuencia como en cantidad, y en la aparición del CRAVING (fuerte deseo de consumo).

Cuadro 1. Componentes del circuito de recompensa

Corteza prefrontal: integra información de estímulos ambientales y recuerdos asociados a la recompensa.

Las neuronas del núcleo accumbens tienen extensiones hacia la corteza prefrontal y la amígdala (procesa y almacena memorias asociadas con sucesos emocionales negativos).

Núcleo accumbens Implicado en la motivación y aprendizaje. Asigna un valor motivacional a los estímulos.

Amígdala

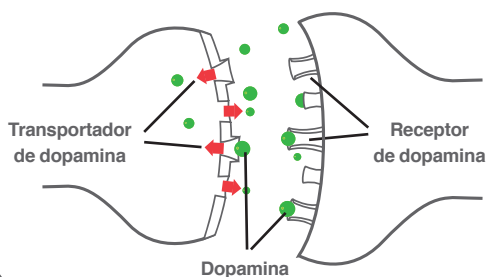
El circuito de recompensa impulsa a repetir conductas necesarias para la supervivencia e interviene en el proceso de memoria y aprendizaje.

ATV: Rica en neuronas dopaminérgicas, con proyecciones a regiones relacionadas con emociones, pensamientos, memoria, planificación y conducta.

Cuando se realizan conductas placenteras, como comer o tener relaciones sexuales, el circuito de recompensa se activa, liberando dopamina (sustancia química asociada con el placer)

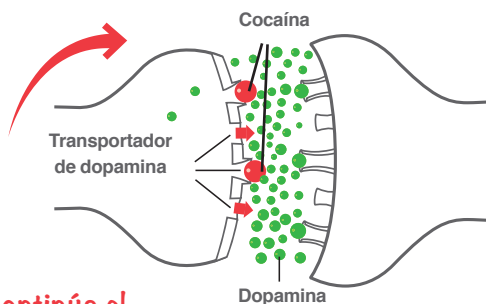
La sobreestimulación en el circuito de recompensa provoca un intenso placer, lo que contribuye al consumo repetitivo

Mientras ingiere alimentos



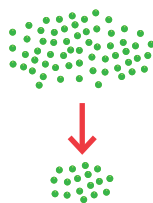
El consumo repetido de sustancias mantiene niveles excesivos de dopamina en el circuito de recompensa. Para compensar, el cerebro reduce la producción de esta sustancia.

Mientras consume cocaína



¿Qué ocurre en el cerebro si continúa el consumo de alcohol y otras sustancias?

La reducción de dopamina disminuye la capacidad para experimentar placer, el consumo repetitivo pretende regular los niveles de dopamina; sin embargo, después de un largo periodo, el sistema de neurotransmisión se desgasta y los niveles de dopamina no logran estabilizarse.

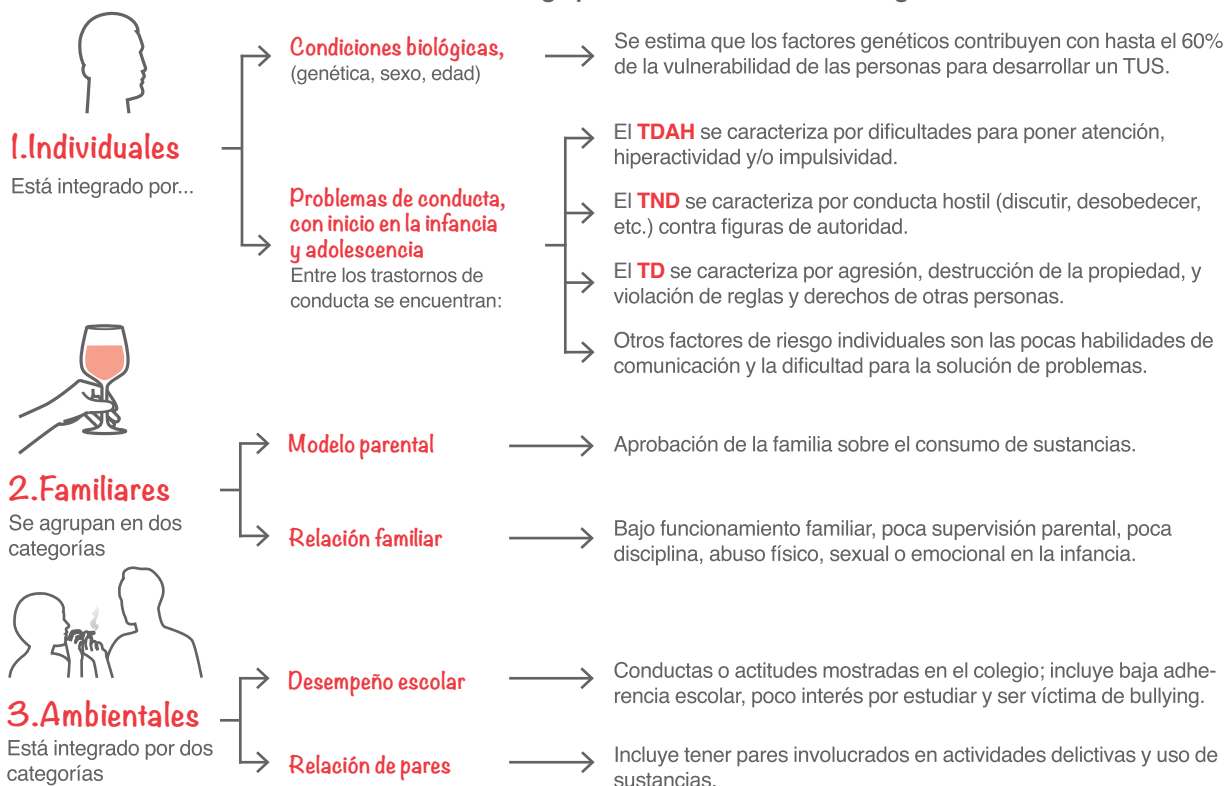


Las personas pueden experimentar deseos intensos por consumir, aunque la droga no esté presente; a este deseo intenso se le conoce como craving.

¿Qué factores se asocian con el inicio en el consumo de alcohol y otras drogas?

Los desafíos sociales, emocionales y académicos en la adolescencia incrementan el riesgo para iniciar el consumo de sustancias

Los factores de riesgo pueden dividirse en tres categorías:



¿Los TCS pueden ser tratados?

El TCS o la adicción a sustancias es una enfermedad crónica que afecta varias áreas de la persona.



Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Battin, S. R., Hill, K. G., Abbott, R. D., Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1998). The Contribution of Gang Membership to Delinquency beyond Delinquent Friends. *Criminology*, 36(1), 93–116. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1998.tb01241.x>
- Cruz Martín del Campo, S. L. (2014). *Los efectos de las drogas : de sueños y pesadillas* (2 edición). México: Trillas.
- Day, J. J., & Carelli, R. M. (2007). The Nucleus Accumbens and Pavlovian Reward Learning. *Neuroscientist*, 13(2), 148–159. <https://doi.org/10.1177/1073858406295854>
- Di Chiara, G., & Imperato, A. (1988). Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 85(14), 5274–8. <https://doi.org/10.1073/pnas.85.14.5274>
- Galanter, M., & Kleber, H.D. (2008). *Textbook of substance abuse treatment*. 4th Edition. USA. American Psychiatry Press.
- Hamburger, M. E., Leeb, R. T., & Swahn, M. H. (2008). Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(2), 291–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18299771>
- Janak, P. H., & Tye, K. M. (2015). From circuits to behaviour in the amygdala. *Nature*, 517(7534), 284–292. <https://doi.org/10.1038/nature14188>
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23(6), 661–674. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0351>
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10710837>
- Koob, G., & Le Moal, M. (2001). Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97–129. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00195-0)
- Moran, P. B., Vuchinich, S., & Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 565–574. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.002>
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 285(16),

2094–100. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11311098>

National Institute on Drug Abuse. (2018). Enfoques de tratamiento para la drogadicción. U.S. Retrieved from www.findtreatment.samhsa.gov

Negrete, B. D., & García-Aurrecochea, R. (2008). Psychosocial risk factors for illicit drug use in a sample of Mexican high school students. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 24(4), 223–32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19133170>

Nicola, S. M., Taha, S. A., Kim, S. W., & Fields, H. L. (2005). Nucleus accumbens dopamine release is necessary and sufficient to promote the behavioral response to reward-predictive cues. *Neuroscience*, 135(4), 1025–1033. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2005.06.088>

Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J., & Bórquez, M. (2008). Family influence as a protective factor against risk behaviors in Chilean adolescents. *Revista Médica de Chile*, 136(3), 317–24. <https://doi.org/S0034-98872008000300006>

Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. D. (2000). Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink?: identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(10), 1025–33. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11030855>

Skeer, M. R., McCormick, M. C., Normand, S. L. T., Mimiaga, M. J., Buka, S. L., & Gilman, S. E. (2011). Gender differences in the association between family conflict and adolescent substance use disorders. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.12.003>

Suarez, E. N., & Krauskopf, D. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. In M. Maddaleno, M. Munist, C. Serrano, T. Silver, E. Suárez, & J. Yunes (Eds.), *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington: OPS.

Sussman, S., Unger, J. B., & Dent, C. W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth : A predictor of their psychosocial functioning five years later 1. *International Journal*, 4, 9–25.

Tucker, J. S., Green, H. D., Zhou, A. J., Miles, J. N. V., Shih, R. A., & D'Amico, E. J. (2011). Substance use among middle school students: associations with self-rated and peer-nominated popularity. *Journal of Adolescence*, 34(3), 513–9. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.05.016>

Ungless, M., Whistler, J., Malenka, R., & Bonci, A. (2001). Single cocaine exposure in vivo induces long-term potentiation in dopamine neurons. *Nature*, 411(6837), 583–7. <https://doi.org/10.1038/35079077>

Vásquez, J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). Guía Clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, & M. E. Medina-Mora, Eds.). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Retrieved from http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_tdah.pdf

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010a). Guía clínica para el trastorno disocial. (S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, & M. E. Medina-Mora, Eds.). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Retrieved from http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno_disocial.pdf

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010b). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. (Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, & María Elena Medina-Mora, Eds.).

México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Retrieved from http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno_negativista.pdf

Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., ... Mendoza-Alvarado, L. (2017a). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. México: INPRFM. Retrieved from https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view

Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., ... Mendoza-Alvarado, L. (2017b). Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2107: Reporte de Alcohol. México: INPRFM. Retrieved from https://drive.google.com/file/d/1rMlKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view

Volkow, N. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. (National Institute on Drug Abuse, Ed.). Maryland: National Institutes of Health.

Volkow, N. D. (1999). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide. Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G. J. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: Brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2004.07.019>

Volkow, N. D. (2020). Personalizing the treatment of substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 177(2), 113-116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19121284>
ISO 690

Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Familial, Social, and Individual Factors Contributing to Risk for Adolescent Substance Use. *Journal of Addiction*, 2013, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2013/579310>

Capítulo 2.

Patología Dual: co-ocurrencia entre TCS y OTP

¿Qué es la patología dual?

La evidencia indica que un gran número de personas con TCS también presentan otros trastornos psiquiátricos (OTP; Volkow, 2014), a esta relación se le conoce como patología dual (PD). La PD se define como la co-ocurrencia o concomitancia entre un TCS y OTP, de forma paralela o secuencial a lo largo del ciclo vital y se asocia con mayor gravedad clínica y deterioro biopsicosocial (Néstor Szerman et al., 2017; Torrens, Mestre-Pintó, & Domingo-Salvany, 2015; Morisano, Babor, & Robaina, 2014).

¿Cuáles son las causas de la PD?

La literatura científica ha informado de al menos 3 modelos explicativos de la PD:

OTP incrementan el riesgo de desarrollar TCS. Este modelo indica que la edad de ini-

cio para presentar algún trastorno psiquiátrico antecede a la edad de inicio para el consumo de alcohol y otras sustancias (Chan, Dennis, & Funk, 2008; Kessler et al., 2005). El rango de tiempo que los separa es hasta de 10 años (Kessler et al., 2005). Este modelo explicativo apoya la “hipótesis de la automedicación”, la cual menciona que las personas inician y mantienen el consumo de sustancias como una manera de aliviar el distrés psicológico (síntomas psiquiátricos) previo (Khantzian, 1985; Khantzian, 2013).

TCS incrementan el riesgo de desarrollar OTP. Este modelo sugiere que los TCS desmascaran síntomas asociados a OTP, hasta reunir criterios para algún trastorno psiquiátrico. Se sabe que el consumo agudo o crónico de alcohol u otras sustancias incrementa el riesgo de desarrollar síntomas psiquiátricos asociados particularmente con depresión (Jané-Llopis &

Matytsina, 2006), ansiedad, manía (Fatséas, Denis, Lavie, & Auriacombe, 2010) y psicosis (Moore et al., 2007). Algo similar ocurre con el síndrome de abstinencia, en el que la interrupción abrupta del consumo de sustancias está asociada con la aparición de síntomas psiquiátricos (Koob & Volkow, 2010).

Factores comunes. Este modelo propone que las elevadas tasas de co-ocurrencia entre TCS y OTP son resultado de una base común de características biopsicosociales que están determinadas en gran parte por la vulnerabilidad genética y neurobiológica de las personas, además de la interacción con factores ambientales, económicos, sociales, educativos, y de desarrollo. De tal forma que los factores psicosociales coadyuvan a la proximidad entre las personas y el consumo de sustancias de abuso, pero son los factores de vulnerabilidad neurobiológica y genética los que llevan al TCS (Szerman et. al., 2017).

¿Qué fue primero el huevo o la gallina?

Es común que la gente se pregunte qué apareció primero si el TCS o el OTP; al respecto, la evidencia científica reporta que cerca del 80% de los pacientes con TCS presentó previamente algún OTP, siendo los más prevalentes los trastornos del neurodesarrollo como: el trastorno del déficit de atención / hiperactividad, trastorno disocial, y oposicionista (Marín-Navarrete et al., 2013).

Patología dual, ¿regla o excepción?

Existe la creencia errónea que sustenta que los casos de pacientes con PD son minoría. No obstante, la evidencia científica sustenta que los casos de personas con PD son la regla y no la excepción (Marín-Navarrete & Szerman, 2015; Szerman, et al., 2013; Szerman, et al., 2017). Estudios realizados en hogares estiman una prevalencia a lo largo de la vida de entre 20%

Patología dual: se define como la co-ocurrencia o concomitancia entre un TCS y OTP, de forma paralela o secuencial a lo largo del ciclo vital y se asocia con mayor gravedad clínica y deterioro biopsicosocial.



y 50% (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1996), mientras que los estudios realizados en personas con TCS en centros de tratamiento reportan prevalencias que van del 50% al 75% a lo largo de la vida (SAMHSA & CSAT, 2005; Marín-Navarrete, et al., 2016; Arias et al., 2013), y del 40% al 65% en los últimos 30 días (SAMHSA & CSAT, 2005; Marín-Navarrete, et al., 2016; Arias et al., 2013).

¿Cuáles son las consecuencias asociadas con la PD?

Diversos estudios reportan que la PD impacta negativamente en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de las personas que la presentan. Dentro de las principales consecuencias se han identificado las siguientes:

Disminución del funcionamiento psicosocial. Incluye el aislamiento social, abandono de actividades de ocio, laborales y escolares. Mayor riesgo de problemas legales, indigencia, violencia física y sexual, entre otras características (SAMHSA & CSAT, 2005; McNiel, Binder, & Robinson, 2005; Szerman et al., 2013; Marín-Navarrete & Medina-Mora, 2015).

Mayor número de conductas de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual (VIH, VHC, VHB y sífilis). Las personas con PD presentan mayor número de parejas sexuales, sexo con trabajadores sexuales, sexo colectivo y sexo sin protección, en comparación con los que sólo presentan TCS (Meade et al., 2008; Sánchez-Domínguez et al., 2017; Villalobos-Gallegos et al., 2017).

Mayor gravedad de síntomas psiquiátricos. La co-ocurrencia entre la sintomatología psiquiátrica y la adictiva, hace un efecto sinérgico, que da como resultado el incremento de la gravedad de ambas condiciones. Asimismo, es importante tener en cuenta que las personas, por lo general, pueden presentar múltiples expresiones sindromáticas (afectivas, ansio-

sas, psicóticas, cognitivas, e impulsivas) lo que complica su estado mental.

Mayor riesgo de ideación y conducta suicida.

Las personas con PD presentan mayor riesgo de ideación y conducta suicida, en comparación con la población en general. Esto, debido al decremento del funcionamiento cognitivo, al incremento de la impulsividad, la conducta disruptiva y la sintomatología psiquiátrica en general.

Mayor uso de servicios. Las personas con PD hacen mayor uso de servicios especializados

y de medicina general. Sin embargo, presentan pobre adherencia al tratamiento, lo que se asocia con el riesgo de recaída y re-hospitalización, situación que genera un incremento sustancial en los costos de la atención (SAMHSA & CSAT, 2005; Vega et al., 2015).

¿Cuáles son las causas de la PD?

Se han planteado al menos cuatro modelos explicativos sobre las causas de esta:

OTP incrementan el riesgo de desarrollar TCS. Indica que la edad de inicio para presentar algún trastorno psiquiátrico antecede a la edad de inicio para el consumo de alcohol y otras sustancias.

Los TCS incrementan el riesgo de desarrollar OTP. Sugiere que los TCS desenmascaran síntomas asociados a OTP, hasta reunir criterios para algún trastorno psiquiátrico.

Modelo de factores comunes. Propone que las altas tasas de comorbilidad son resultado de una base común de características: antecedentes heredo-familiares patológicos, factores ambientales, desarrollo infantil, estatus socioeconómico, funcionamiento cognitivo, rasgos de personalidad y vulnerabilidad neurobiológica.

son poco eficaces, lo que genera una compleja navegación del paciente por el sistema de salud y fomenta el fenómeno del paciente de la puerta giratoria, que se caracteriza por: pobre adherencia, abandono al tratamiento, recaída y re-hospitalización (Priester et al., 2016; SAMHSA & CSAT, 2005; Vega et al., 2015).

Tratamiento de la PD

Debido a las consecuencias asociadas, la PD requiere de atención integral, personalizada y multidisciplinaria (Teesson, Degenhardt, Proudfoot, Hall, & Lynskey, 2005; Vega et al., 2015). Debido a la diversidad de la sintomatología psiquiátrica co-ocurrente, es común que las personas con PD requieran de psicofármacos como parte esencial del tratamiento, además de orientación psicológica especializada. Es muy importante hacer énfasis en que el tratamiento de la PD debe ser integral, puesto que está demostrado que los tratamientos seriales o paralelos (es decir que no atienden ambas condiciones de forma integral)

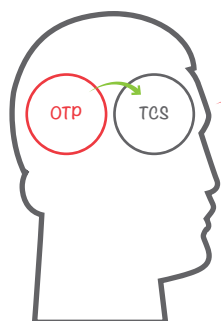


¿Qué es la patología dual?

Es la co-ocurrencia o concomitancia entre un TCS y OTP, de forma paralela o secuencial a lo largo del ciclo vital y se asocia con mayor gravedad clínica y deterioro biopsicosocial.

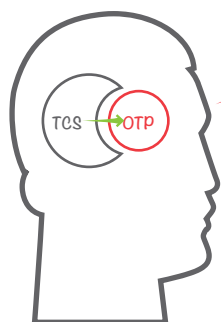
¿Cuáles son las causas de la patología dual?

La literatura científica ha informado de al menos 3 modelos explicativos de la patología dual.



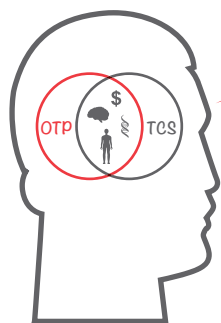
OTP incrementan el riesgo de desarrollar TCS

Indica que la edad de inicio para presentar algún trastorno psiquiátrico antecede a la edad de inicio para el consumo de sustancias. Este modelo apoya la "hipótesis de la automedicación", la cual menciona que las personas mantienen el consumo como una manera de aliviar síntomas psiquiátricos previos.



Los TCS incrementan el riesgo de desarrollar OT

Este modelo sugiere que los TCS desenmascaran síntomas asociados a OTP, hasta reunir criterios para algún trastorno psiquiátrico. Se sabe que el consumo agudo o crónico de alcohol u otras sustancias incrementa el riesgo de desarrollar síntomas psiquiátricos asociados particularmente con depresión, ansiedad, manía y psicosis.

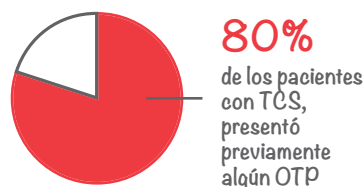


Factores comunes

Este modelo propone que las elevadas tasas de co-ocurrencia entre TCS y OTP son resultado de una base común de características biopsicosociales que están determinadas en gran parte por la vulnerabilidad genética y neurobiológica de las personas, además de la interacción con factores ambientales y de desarrollo.

¿Qué fue primero el huevo o la gallina?

Es común que la gente se pregunte qué apareció primero si el TCS o el OTP; al respecto, la evidencia científica reporta que aproximadamente:



...y son más prevalentes los trastornos del neurodesarrollo como: el trastorno del déficit de atención / hiperactividad, trastorno disocial, y oposicionista.

Patología dual, ¿regla o excepción?

La evidencia científica sustenta que los casos de personas con PD son la regla y no la excepción.



¿Cuáles son las consecuencias asociadas con la PD?

La PD impacta negativamente en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de las personas que la presentan. Dentro de las principales consecuencias se han identificado las siguientes:

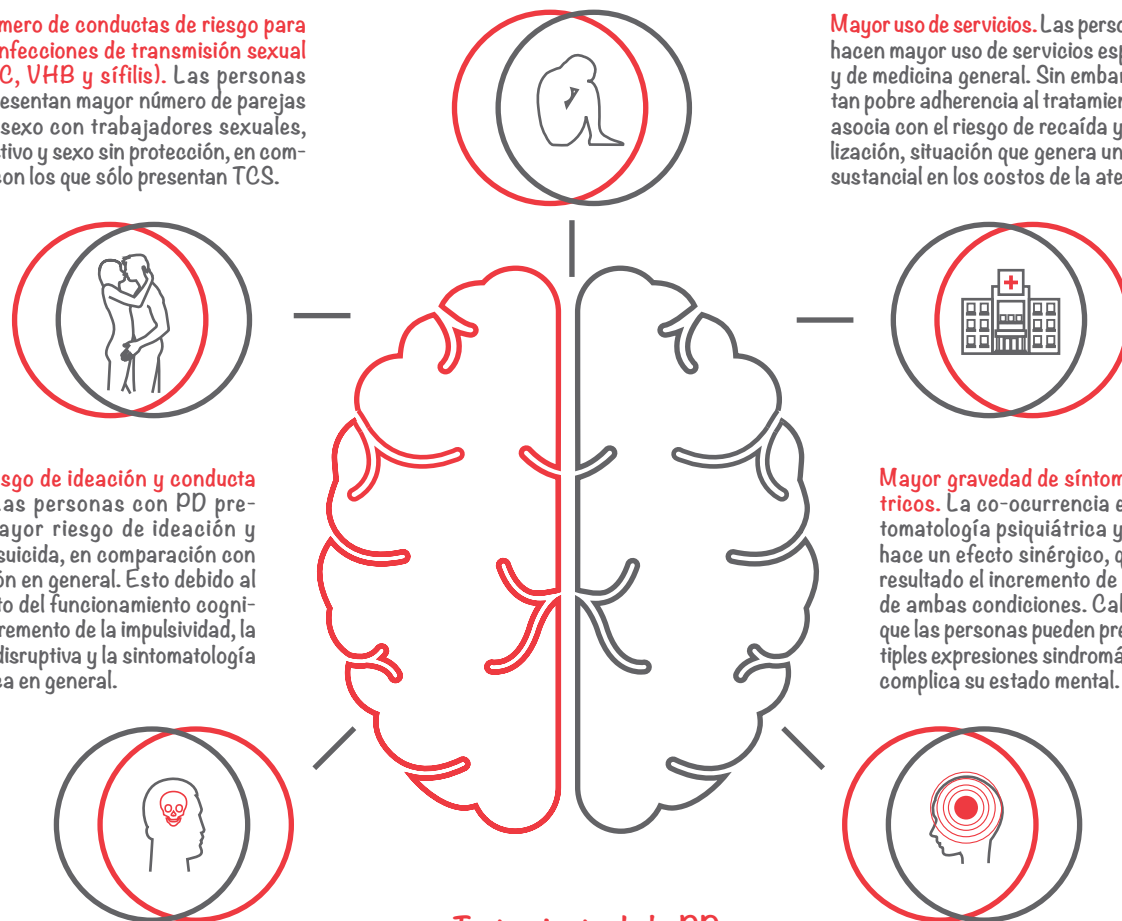
Disminución del funcionamiento psicosocial. Incluye el aislamiento social, abandono de actividades de ocio, laborales, y escolares. Mayor riesgo de problemas legales, indigencia, violencia física y sexual, entre otras características.

Mayor número de conductas de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual (VIH, VHC, VHB y sífilis). Las personas con PD presentan mayor número de parejas sexuales, sexo con trabajadores sexuales, sexo colectivo y sexo sin protección, en comparación con los que sólo presentan TCS.

Mayor uso de servicios. Las personas con PD hacen mayor uso de servicios especializados y de medicina general. Sin embargo, presentan pobre adherencia al tratamiento, lo que se asocia con el riesgo de recaída y re-hospitalización, situación que genera un incremento sustancial en los costos de la atención.

Mayor riesgo de ideación y conducta suicida. Las personas con PD presentan mayor riesgo de ideación y conducta suicida, en comparación con la población en general. Esto debido al decremento del funcionamiento cognitivo, al incremento de la impulsividad, la conducta disruptiva y la sintomatología psiquiátrica en general.

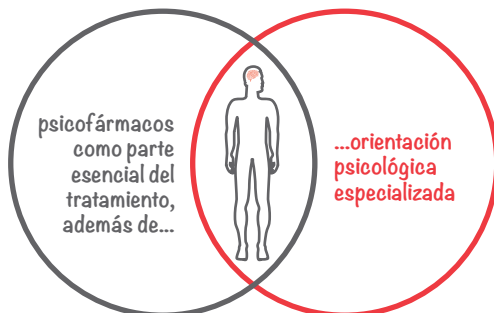
Mayor gravedad de síntomas psiquiátricos. La co-ocurrencia entre la sintomatología psiquiátrica y la adictiva, hace un efecto sinérgico, que da como resultado el incremento de la gravedad de ambas condiciones. Cabe destacar que las personas pueden presentar múltiples expresiones sindromáticas, lo que complica su estado mental.



Tratamiento de la PD

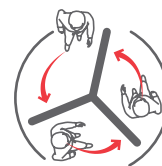
Debido a las consecuencias asociadas, la PD requiere de atención integral, personalizada y multidisciplinaria

Debido a la diversidad de la sintomatología psiquiátrica co-ocurrente, es común que las personas con PD requieran de:



El tratamiento de la PD debe ser integral, puesto que está demostrado que los tratamientos seriales o paralelos (es decir que no atienden ambas condiciones de forma integral) son poco eficaces, lo que genera una compleja navegación del paciente por el sistema de salud y fomenta el fenómeno del paciente de la puerta giratoria.

Fenómeno del paciente de la puerta giratoria



Se caracteriza por: pobre adherencia, abandono al tratamiento, recaída y re-hospitalización.

Referencias

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 420, 28–37. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C., Lack, C., Sieroslavska, K., Hodges, C.-L., ... Baeck-Moller, K. (2009). Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project. *Mental Health and Substance Use*, 2(2), 88–100. doi: 10.1080/17523280902930130
- Buckley, P. F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 7, 5–9.
- Caraveo, J. J., Colmenares, E., & Martínez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492–498. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.02.008
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22514848>
- Chan, Y.-F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 14–24. doi: 10.1016/j.jsat.2006.12.031
- Chi, F. W., Satre, D. D., & Weisner, C. (2006). Chemical Dependency patients with co-occurring psychiatric diagnosis: service patterns and 1-year outcomes. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 30(5), 851–859. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00100.x
- Dick, D. M., & Agrawal, A. (2008). The genetics of alcohol and other drug dependence. *Alcohol Reserach & Health*, 31(2), 111–118.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 360–374. doi: 10.2975/27.2004.360.374
- Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E., & Auriacombe, M. (2010). Relationship between anxiety disorders and opiate dependence—a systematic review of the literature: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 220–230. doi: 10.1016/j.jsat.2009.12.003
- Hall, W., Degenhardt, L., & Teesson, M. (2009). Understanding comorbidity between substance use, anxiety and affective disorders: Broadening the research base. *Addictive Behaviors*, 34(6), 526–530. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.03.010
- Hasin, D., Nunes, E., & Meylan, J. (2004). Comorbidity of alcohol, drug and psychiatric disorders: Epidemiology. In H. R. Kranzler & J. A. Tinsley (Eds.), *Dual diagnosis and psychiatric treatment: Substance abuse*

and comorbid disorders (2nd ed., pp. 1–34). Michigan: Marcel Bekker.

- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. In G. E. Hunt (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD001088). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/14651858.CD001088.pub3
- Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 515–536. doi: 10.1080/09595230600944461
- Jiménez-Castro, L., Raventós-Vorst, H., & Escamilla, M. A. (2011). Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características socio-demográficas en la población Latina. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 123–130.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17–31.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259–64. doi: 10.1176/ajp.142.11.1259
- Khantzian, E. J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction* (Abingdon, England), 108(4), 668–9. doi: 10.1111/add.12004
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238. doi: 10.1038/npp.2009.110
- Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., ... Medina-Mora, M. E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*, 36(6), 471–479. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2013.057
- Marín-Navarrete, R., & Medina-Mora, M. E. (2015). Comorbilidades en los trastornos por consumo de sustancias: Un desafío para los servicios de salud en México. In M. E. Medina-Mora, E. J. Sarti-Gutiérrez, & T. Real-Quintanar (Eds.), *La Depresión y Otros Trastornos Psiquiátricos: Documento de Postura* (pp. 39–48). México: Intersistemas.
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E., Horigian, V. E., Salloum, I. M., Villalobos-Gallegos, L., & Fernández-Mondragón, J. (2016a). Co-Occurring Disorders: A Challenge for Mexican Community-Based Residential Care Facilities for Substance Use. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(3–4), 261–270. doi: 10.1080/15504263.2016.1220207
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E., Horigian, V. E., Salloum, I. M., Villalobos-Gallegos, L., & Fernández-Mondragón, J. (2016b). Co-Occurring Disorders: A Challenge for Mexican Com-

- munity-Based Residential Care Facilities for Substance Use. *Journal of Dual Diagnosis*. doi: 10.1080/15504263.2016.1220207
- McCutcheon, V. V., Scherrer, J. F., Grant, J. D., Xian, H., Haber, J. R., Jacob, T., & Bucholz, K. K. (2013). Parent, sibling and peer associations with subtypes of psychiatric and substance use disorder comorbidity in offspring. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1–2), 20–29. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.015
- McNiel, D. E., Binder, R. L., & Robinson, J. C. (2005). Incarceration Associated With Homelessness, Mental Disorder, and Co-occurring Substance Abuse. *Psychiatric Services*, 56(7), 840–846. doi: 10.1176/appi.ps.56.7.840
- Meade, C. S., Graff, F. S., Griffin, M. L., & Weiss, R. D. (2008). HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with mania and drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1–3), 296–300. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.07.013
- Medina-Mora, M. E., Guiot, E., Borges, G., Vázquez-Pérez, L., Bautista, C., & Quintanar, T. (2008). Comorbidity: Depression and substance abuse. In S. A. Aguilar-Gaxiola & T. P. Gullotta (Eds.), *Depression in Latinos: Assessment, Treatment, and Prevention* (pp. 73–91). New York: Springer Science + Business Media.
- Medina-Mora, M. E., Sarti-Gutiérrez, E. J., & Real-Quintanar, T. (2015). La Depresión y Otros Trastornos Psiquiátricos: Documento de Postura. México: Intersistemas. Retrieved from <http://docplayer.es/19690980-La-depresion-y-otros-trastornos-psiquiatricos-maria-elena-medina-mora-elsa-josefina-sarti-gutierrez-tania-real-quintanar-documento-de-postura.html>
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319–328. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61162-3
- Morisano, D., Babor, T. F., & Robaina, K. A. (2014). Co-Occurrence of Substance use Disorders with other Psychiatric Disorders: Implications for Treatment Services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1), 5–25. doi: 10.2478/nsad-2014-0002
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47–59. doi: 10.1016/j.jsat.2015.09.006
- Prodromou, M., & Koukia, E. (2016). Differences in Psychopathology among Patients with Dual Diagnosis Receiving Treatment in Mental Health Services and Substance use Treatment Programs. *Dual Diagnosis Open Access*, 1(1), 1–6. doi: 10.21767/2472-5048.100003
- Rush, B., & Koegl, C. J. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810–821. doi: 10.1177/070674370805301207
- Sánchez-Domínguez, R., Villalobos-Gallegos, L., Felix-Romero, V., Morales-Chainé, S., & Marín-Navarrete, R. (2017). Effect of substance use on condom use in the Theory of Planned Behavior: Analysis of differential item functioning. *Salud Mental*, 40(1), 5–14. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2017.002
- Smith, J. P., & Randall, C. L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment con-

rations. *Alcohol Research : Current Reviews*, 34(4), 414–431.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHmhfr2012/NSDUHmhfr2012.pdf>

Szerman, N. (2015). Patología Dual en Psicosis. *Revista de Patología Dual*, 2(2), 1–4. doi: 10.17579/RevPatDual.02.10

Szerman, N., Martínez-Raga, J., Baler, R., Roncero, C., Vega, P., Basurte, I., ... Ruiz, P. (2017). Joint statement on dual disorders: Addiction and other mental disorders. *Salud Mental*, 40(6), 245–247. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2017.031

Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., ... Casas, M. (2013). Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 1–10. doi: 10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a

Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. (L. Montanari & J. Vicente, Eds.). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. doi: 10.2810/532790

Volkow, N. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. (National Institute on Drug Abuse, Ed.). Maryland: National Institutes of Health.

Capítulo 3.

Problemas asociados con el consumo de sustancias

¿Cuáles son los problemas asociados con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso?

La literatura especializada reporta que los problemas más frecuentes asociados con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso son de tipo familiar, social, escolar, laboral, legal, mental, entre otros.

Problemas familiares. El consumo de sustancias, con frecuencia, genera una carga en la familia y en cada uno de sus integrantes. Algunos de los efectos pueden incluir carga emocional, como sentimientos de enojo, ansiedad, frustración, miedo, preocupación y tristeza. Además, los miembros de la familia pueden experimentar mayores tasas de agresiones físicas y/o verbales, divorcios, separación de la pareja o de algún otro miembro de la familia (Daley, 2013), poca comunicación familiar, altos índices de conflictos familiares, reducción de la red de apoyo y violencia doméstica (Córdova-Alcaraz, Andrade, & Rodríguez-Kuri, 2005).

Problemas sociales. El TCS puede derivar en una discapacidad o incluso en la muerte, como resultado de accidentes, enfermedades causadas o empeoradas por el consumo de sustancias, tasas más altas de suicidio, inestabilidad en la vivienda, falta de vivienda, conductas delictivas y encarcelamiento, transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) asociado con el uso de sustancias por vía intravenosa o conductas sexuales de riesgo (Daley, 2013).

Problemas escolares. Las consecuencias del consumo de sustancias incluyen clases perdidas y calificaciones bajas, lesiones, agresiones sexuales, problemas de memoria, cambios en la función cerebral y déficits cognitivos persistentes (Aaron & Ralph, 2013).

Problemas laborales. Es frecuente el ausentismo laboral, accidentes en el trabajo, lesiones, incapacidades, mala calidad del trabajo, baja productividad y desempleo (Howland, Almeida, Rohsenow, Minsky, & Greece, 2006; Navarro, 2008).

Problemas legales. El consumo de sustancias facilita la conducta violenta debido a que reducen el juicio y la toma de decisiones (Heinz, Beck, Meyer-Lindenberg, Sterzer, & Heinz, 2011). Se estima que cerca del 60% de quienes delinquen se encontraba bajo los efectos de alguna sustancia al momento de cometer el delito (Putniņš, 2001). Otras sustancias que incrementan el riesgo de tener problemas legales son: alcohol, marihuana, inhalables, metanfetaminas y cocaína (Putniņš, 2001).

Problemas mentales. El TCS con frecuencia se asocia con otros trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, TDAH, TEPT, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno neurocognitivo, entre otros. Además, el consumo de sustancias está asociado con conductas suicidas (ideas, pensamientos e intentos) y mayor gravedad de sintomatología psiquiátrica (Marín-Navarrete, Szerman & Ruíz, 2017).

¿Qué complicaciones médicas se asocian con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso?

El desarrollo de diversos padecimientos médicos varía según la sustancia consumida. A continuación, se describen las principales consecuencias asociadas con el consumo de las sustancias más consumidas en México (Instituto Nacional de Salud Pública, 2017).

Tabaco

Existen cerca de 1,000 millones de personas consumidoras de tabaco en todo el mundo, de las cuales, aproximadamente, 650 millones morirán a causa de algún padecimiento médico asociado con su consumo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). En promedio, los adultos que fuman mueren 10 años antes que los no fumadores (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2018a).

Muchos padecimientos no son evidentes de forma inmediata y pasan muchos años antes de que las personas desarrollen alguna condición médica. Entre los principales padecimientos se encuentran:

Cáncer. El consumo de tabaco es el responsable de la tercera parte de todos los tipos de cáncer, entre los que destacan: boca, garganta, laringe, esófago, páncreas, riñón, vejiga, estómago, sangre (leucemia) y pulmón (CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, & Office on Smoking and Health, 2010; Doll, Peto, Wheatley, Gray, & Sutherland, 1994). Fumar en bajas cantidades no reduce el riesgo de presentar cáncer de pulmón (Gregory & Xiques, 2004). El riesgo de cáncer de boca, garganta, esófago y vejiga disminuye en un 50% después de 5 años de haber dejado el consumo, mientras que para cáncer de pulmón se reduce en la misma proporción después de 10 años (CDC et al., 2010).

Condiciones cerebrovasculares y pulmonares.

Fumar aumenta el riesgo de presentar un ataque cerebro-vascular o ataques al corazón asociados con aterosclerosis (endurecimiento y estrechamiento de las arterias; Willigendael et al., 2004). Las sustancias químicas del humo del tabaco inflaman el tejido que recubre los pulmones y pueden causar daños permanentes, que reducen la capacidad pulmonar para intercambiar aire de forma eficaz, lo que resulta en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que incluye enfisema (daño en pulmones que dificulta la respiración) y bronquitis crónica (inflamación de los

¿Cuáles son los problemas asociados con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso?

Problemas familiares. Mayores tasas de agresiones, divorcios, separaciones y violencia doméstica.

Problemas sociales. Discapacidad, accidentes, enfermedades causadas o empeoradas por el consumo, tasas más altas de suicidio, conductas delictivas y encarcelamiento.

Problemas escolares. Incluyen clases perdidas y calificaciones más bajas, lesiones, agresiones sexuales, problemas de memoria y déficits cognitivos persistentes.

Problemas laborales. Es frecuente el ausentismo laboral, accidentes en el trabajo, lesiones, incapacidades, mala calidad del trabajo, baja productividad y desempleo.

Problemas legales. El consumo facilita la conducta violenta debido a que reducen el juicio y la toma de decisiones.

Problemas mentales. El TCS está asociado con otros trastornos psiquiátricos, como depresión, ansiedad, trastorno neurocognitivo, entre otros.



bronquios que produce tos y dificultad para respirar) (CDC et al., 2010).

Adicionalmente, las sustancias químicas en el humo del tabaco complican la regulación de los niveles de azúcar y mala circulación sanguínea, por lo que las personas fumadoras con diabetes presentan un riesgo incrementado de padecer enfermedades del corazón y riñones, vasoconstricción, arteriosclerosis, hipertensión, amputaciones y enfermedades de la vista que pueden llevar a la ceguera (CDC et al., 2010). Cuando las personas dejan de fumar, el riesgo de ataques cardíacos disminuye después de 1 año. El riesgo de accidentes cerebrovasculares puede disminuir al nivel de una persona que nunca ha fumado después de 2 a 5 años (CDC et al., 2010).

Por otra parte, las personas expuestas al humo de segunda mano (personas que no fuman, pero respiran el humo que exhalan los fumadores) presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y cáncer de pulmón hasta en un 30% (CDC, 2018b), además, de todos los problemas respiratorios que presentan los fumadores (Office on Smoking and Health, 2006).

Alcohol

Cada año se producen 3.3 millones de muertes en el mundo debido al consumo de alcohol (OMS, 2018). Además, es uno de los principales factores de riesgo asociados con enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática, las cuales causan alrededor del 80% de las muertes en los países de mediano y bajo ingreso (Alwan, 2011).

El riesgo de presentar problemas asociados con el consumo de alcohol se relaciona con la cantidad y frecuencia de consumo (Anderson, Cremona, Paton, Turner, & Wallace, 1993). Por ejemplo, el consumo en altas cantidades por ocasión incrementa el riesgo de presentar intoxicaciones, lesiones o muerte por accidentes de tránsito, caídas o peleas (Anderson et al., 1993; Cargiulo, 2007). Por otra parte, el consumo crónico de alcohol es un factor causal para cerca de 200 condiciones médicas tales como:

Deterioro neurocognitivo. Reducción en el volumen de estructuras cerebrales (Pfeffer-

baum, Sullivan, Mathalon, & Lim, 1997), disminución del flujo sanguíneo en la región cerebral (Suzuki, Oishi, Mizutani, & Sato, 2002); déficits viso-espaciales, motores y de memoria (Cabé et al., 2016).

Padecimientos vasculares

Enfermedad coronaria. Las arterias que llevan sangre al corazón se endurecen y se estrechan como consecuencia de acumulación de placa, que a su vez incrementa el riesgo de angina e infarto al miocardio (Cargiulo, 2007).

Accidente cerebrovascular. Sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno, de tal forma que las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente. La presión arterial alta es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares (Cargiulo, 2007).

Enfermedades del hígado. La cirrosis (cicatrización y funcionamiento deficiente del hígado; es el resultado final del daño crónico al hígado causado por enfermedad hepática crónica) es una condición común entre los bebedores que consumen en altas cantidades (Adachi & Brenner, 2005). Quienes beben más de 4 tragos estándar por día presentan mayor riesgo de morir por cirrosis, en comparación con aquellos que no presentan esta forma de beber (Becker et al., 1996).

Cáncer. El consumo de alcohol está asociado con cáncer de boca, faringe, esófago, laringe, estómago, colon, recto e hígado, y en mujeres se asocia con cáncer de ovario y mama. El alcohol funge como un agente carcinogénico (promotor de cáncer) en particular con las personas con mayor vulnerabilidad genética (Bagardi, Blangiardo, La Vecchia, & Corrao, 2001).

Mariguana

En México, la mariguana es la droga más consumida después del tabaco y el alcohol. En México, el

consumo de marihuana tuvo un incremento significativo durante 2016 (en comparación con 2011), en especial en la población adolescente (Villatoro-Velázquez et al., 2017). Cuando el consumo inicia en la adolescencia y se mantiene a lo largo de la vida adulta; las consecuencias asociadas con la salud son:

Cambios en la estructura cerebral y deterioro cognitivo. El consumo crónico está asociado con cambios en el hipocampo y corteza prefrontal (Yücel et al., 2008). Estas modificaciones se asocian con disminución de la atención, memoria y dificultades en la capacidad de pensamiento y aprendizaje (Hoch et al., 2015), lo que incrementa el riesgo de abandono escolar o de bajo desempeño (Horwood et al., 2010).

Condiciones pulmonares. Los problemas son similares a los que presentan los consumidores de tabaco, debido a los gases tóxicos presentes en el humo. Incluyen tos frecuente, problemas respiratorios y mayor riesgo de infecciones pulmonares. En la actualidad, no hay evidencia suficiente para asociar el consumo de marihuana con algún tipo de cáncer (Huang et al., 2015).

Condiciones cardiovasculares. Existe mayor riesgo de arritmias, daño al corazón e incluso un paro cardíaco debido a que la frecuencia cardíaca se eleva, disminuye la circulación coronaria y el oxígeno en la sangre se reduce (Thomas, Kloner, & Rezkalla, 2014).

Cocaína

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Villatoro-Velázquez et al., 2017), el consumo de cocaína permaneció estable en la prevalencia de alguna vez y en el último año. Su consumo en altas cantidades o por largos periodos está asociado con las siguientes consecuencias para la salud:

Deterioro neuropsicológico. Juicio disminuido e impulsividad (Winhusen et al., 2013); estos cambios están asociados con una reducción del funcionamiento en la corteza prefrontal (Bo-

lla, Cadet, & London, 1998). De manera adicional, disminuye la atención, memoria (Woicik et al., 2009) y velocidad psicomotora (tiempo de reacción para ejecutar una acción) (Robinson, Heaton, & O'Malley, 1999).

Condiciones cardiovasculares. Los consumidores de cocaína llegan a presentar aterosclerosis coronaria y cerebral (endurecimiento y estrechamiento de las arterias) pronunciada, en comparación con los no consumidores (Aquaro et al., 2011). De manera adicional, el daño cardiovascular incluye incremento de la presión sanguínea y bradicardia (frecuencia cardíaca baja).

Otros problemas. Algunas consecuencias varían según su vía de administración. Por ejemplo, la administración nasal lleva a la pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, perforación de tabique, ronquera y secreción nasal. El consumo oral puede causar gangrena intestinal grave (muerte del tejido por falta de suministro de sangre; National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, & U.S. Department of Health and Human Services, 2016a).

Inhalables

El abuso de inhalables es un problema que se presenta principalmente entre los adolescentes (Villatoro-Velázquez et al., 2017). Se estima que el 1.3% de los adolescentes ha consumido inhalables alguna vez en su vida, cifra que se reduce al 0.6% al considerar el último año. A pesar de estos datos, el consumo de inhalables no tuvo un incremento significativo con respecto a 2011 (Villatoro-Velázquez et al., 2017).

Las consecuencias para la salud muchas veces son irreversibles debido a que las funciones afectadas difícilmente se recuperan. Las principales consecuencias asociadas con el consumo de inhalables son:

Condiciones cardiovasculares. Las sustancias químicas presentes en los inhalables provocan ritmo acelerado e irregular del corazón, lo que puede llevar a una insuficiencia cardíaca

mortal después de un consumo prolongado. Este síndrome se denomina “muerte súbita por inhalación” (National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, & U.S. Department of Health and Human Services, 2016b).

Daños neurocognitivos. El uso crónico de inhalables está asociado con daños en la mielina (capa compuesta de proteínas y sustancias grasas que envuelven a los nervios del cerebro y médula espinal), lo que impacta funciones cognitivas, motrices, visuales y auditivas. Los efectos varían según el tipo de sustancia química presente en los inhalables. Por ejemplo, el tolueno (presente en gasolina y removedores de pintura) reduce funciones mentales como memoria y atención, genera problemas en la marcha, pérdida de coordinación y equilibrio, pérdida auditiva y de la visión.

Otros problemas. Los nitritos que son una variada gama de drogas psicoactivas que incluyen, entre otros, los nitritos de alquilo o el nitrito de amilo se asocian con alteraciones del sistema inmunológico (sistema encargado de defender al organismo contra gérmenes y microorganismos). El benceno (presente en la gasolina) daña la médula ósea y aumenta el riesgo de desarrollar leucemia. El freón (presente en los refrigerantes y aerosoles) causa lesiones en hígado y daño en vías respiratorias por el enfriamiento excesivo (National Institute on Drug Abuse et al., 2016b).

2016). En el caso del alcohol, los riesgos asociados al consumo agudo (accidentes, lesiones, muerte) o crónico (enfermedades médicas) se reducen significativamente (Anderson, Gual, & Colon, 2008). La abstinencia de otras sustancias de abuso favorece cambios positivos en el estilo de vida (Correia, Carey, & Borsari, 2002); permite construir una nueva red de apoyo social (Dobkin, De Civita, Paraherakis, & Gill, 2002), aprender habilidades sociales y mejorar las relaciones interpersonales (Monti & O’Leary, 1999).

¿Qué beneficios se obtienen si se deja de consumir alcohol y otras sustancias?

Reducir o evitar el consumo aporta beneficios importantes para la salud y demás áreas afectadas por el consumo. Por ejemplo, dejar de consumir tabaco trae beneficios casi inmediatos: en las primeras 24 horas la presión arterial baja a niveles normales, incrementa el nivel de oxígeno en sangre y se reduce el riesgo de un ataque cardíaco súbito; en los 9 meses posteriores a dejar de fumar, la circulación mejora y la dificultad para respirar disminuye. En un plazo no mayor a 5 años, el riesgo de padecer algún tipo de cáncer asociado con el consumo de tabaco se reduce en un 50% (American Cancer Society,

¿Cuáles son los problemas asociados con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso?

La literatura especializada reporta que los problemas más frecuentes asociados con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso son de tipo familiar, social, escolar, laboral, legal, físico y mental, entre otros.

Problemas familiares

El consumo de sustancias, con frecuencia, genera una carga en la familia. Algunos de los efectos pueden incluir carga emocional (enojo, ansiedad, frustración, miedo, preocupación y tristeza). Además, con la familia se pueden experimentar altas tasas de agresiones físicas y/o verbales, divorcios, separaciones, poca comunicación, altos índices de conflictos, reducción de la red de apoyo y violencia doméstica.

Problemas escolares

Las consecuencias del consumo de sustancias incluyen clases perdidas y calificaciones más bajas, lesiones, agresiones sexuales, problemas de memoria, cambios en la función cerebral y déficits cognitivos persistentes.

Problemas laborales

Entre las personas con TCS es frecuente el ausentismo laboral, accidentes en el trabajo, lesiones, incapacidades, mala calidad del trabajo, baja productividad y desempleo.

Problemas legales

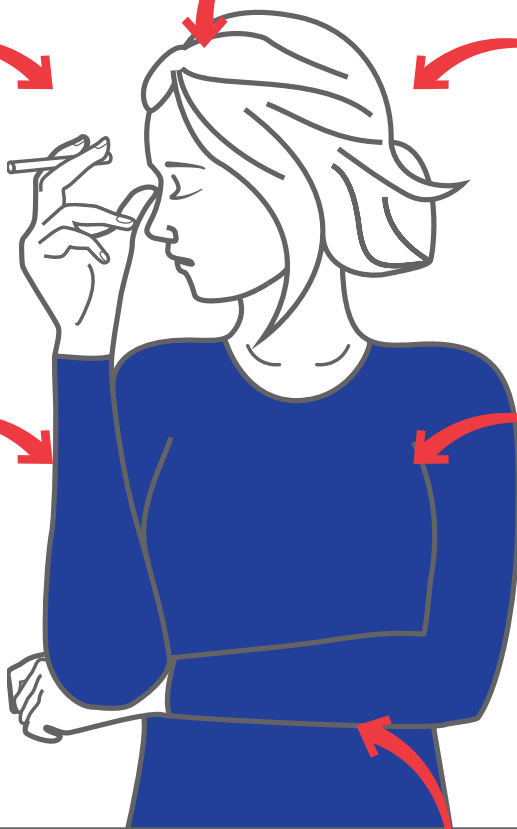
El consumo de sustancias facilita la conducta violenta debido a que reducen el juicio y la toma de decisiones. Se estima que cerca del 60% de quienes delinquen se encontraba bajo los efectos de alguna sustancia al momento de cometer el delito. Algunas sustancias que incrementan el riesgo de tener problemas legales son: alcohol, marihuana e inhalables.

Problemas mentales

El TCS con frecuencia se asocia con otros trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, TDAH, TEPT, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno neurocognitivo, entre otros. Además, el consumo de sustancias está asociado con conducta suicida (ideas, pensamientos e intentos) y mayor gravedad de sintomatología psiquiátrica.

Problemas sociales

El TCS puede derivar en una discapacidad e incluso la muerte como resultado de accidentes, enfermedades causadas o empeoradas por el consumo de sustancias, tasas más altas de suicidio, inestabilidad en la vivienda, falta de vivienda, conductas delictivas y encarcelamiento, transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) asociado con el uso de sustancias por vía intravenosa o conductas sexuales de riesgo.



¿Qué complicaciones médicas se asocian con el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias de abuso?

El desarrollo de diversos padecimientos médicos varía según la sustancia consumida. A continuación, se describen las principales consecuencias asociadas con el consumo de las principales sustancias en México.

Tabaco

En promedio, los adultos que fuman mueren 10 años antes que los no fumadores. Muchos padecimientos no son evidentes de forma inmediata y pasan muchos años antes de que las personas desarrollen alguna condición médica.

Existen cerca de

1,000 millones

de personas consumidoras de tabaco en todo el mundo



650 millones

morirán a causa de algún padecimiento médico asociado con el consumo de tabaco

Fumar en bajas cantidades no reduce el riesgo de presentar cáncer de pulmón.

Fumar aumenta el riesgo de un ataque cerebro-vascular o al corazón asociados a aterosclerosis (endurecimiento y estrechamiento de las arterias).

Las personas que no fuman, pero respiran el humo que exhalan los fumadores presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedades del corazón y cáncer de pulmón hasta en un 30%.

Las sustancias químicas en el humo del tabaco complican la regulación de los niveles de azúcar en la sangre, por lo que las personas fumadoras con diabetes tienen mayor riesgo de padecer enfermedades del corazón y riñones, amputaciones, mala circulación sanguínea y enfermedades de la vista que pueden llevar a la ceguera.

● **Cáncer:** El consumo de tabaco es el responsable de la tercera parte de todos los tipos de cáncer, entre los que destacan: boca, garganta, laringe, esófago, páncreas, riñón, vejiga, estómago, sangre (leucemia) y pulmón.

El humo de segunda mano causa problemas respiratorios como tos, producción excesiva de flema, reducción de la función pulmonar e infecciones respiratorias como la neumonía y la bronquitis (infección de pulmones e inflamación de los conductos bronquiales [vías respiratorias que llevan oxígeno a los pulmones]).

● **Condiciones cerebrovasculares y pulmonares.** Las sustancias químicas del humo del tabaco inflaman el tejido que recubre los pulmones y pueden causar daños permanentes que reducen la capacidad pulmonar para intercambiar aire de forma eficaz, lo que resulta en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que incluye enfisema y bronquitis crónica.

Cocaína ●

Su consumo en altas cantidades o por largos periodos está asociado con las siguientes consecuencias para la salud:

Deterioro neuropsicológico. Juicio disminuido e impulsividad, asociados con una **reducción del funcionamiento en la corteza prefrontal**. Disminuye la atención, memoria y velocidad psicomotora (tiempo de reacción para ejecutar una acción).

Condiciones cardiovasculares. **Aterosclerosis coronaria** (endurecimiento y estrechamiento de las arterias) pronunciada. **Incremento de la presión sanguínea y bradicardia** (frecuencia cardíaca baja).

Otros problemas. La administración nasal puede llevar a la pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, ronquera y secreción nasal. El consumo oral puede causar gangrena intestinal grave.

Mariguana ●

Es la droga ilegal más consumida en México. Las consecuencias asociadas a la salud son:

Cambios en la estructura cerebral y deterioro cognitivo. El consumo crónico está asociado con **cambios en el hipocampo y corteza prefrontal**. Dichas modificaciones se asocian con disminución de la atención, memoria y dificultades en la capacidad de pensamiento y aprendizaje.

Condiciones cardiovasculares. Existe **mayor riesgo de un paro cardíaco**, debido a que la frecuencia cardíaca se eleva y el oxígeno en la sangre se reduce.

Condiciones pulmonares. Los problemas se producen por los gases tóxicos del humo. Incluyen **tos frecuente, problemas respiratorios y mayor riesgo de infecciones pulmonares**.

Inhalables ●

Las principales consecuencias asociadas con el consumo de inhalables son:

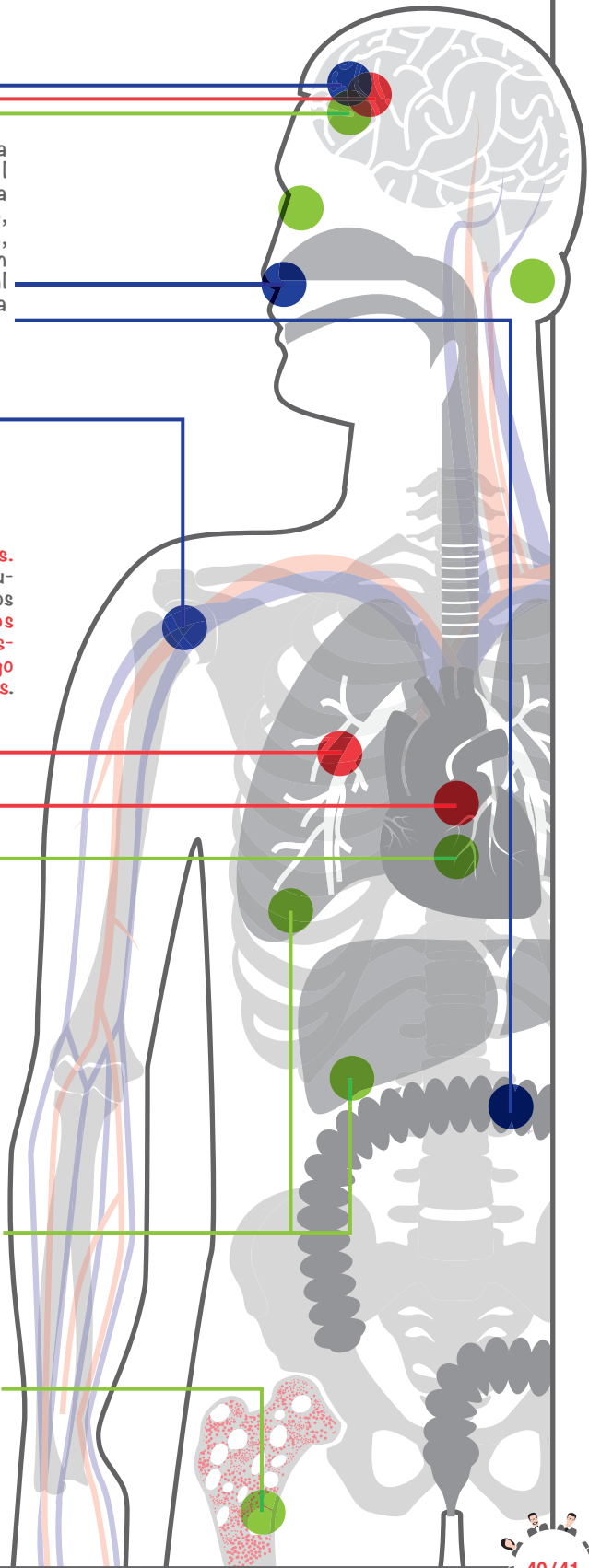
Deterioro cognitivo. El uso crónico está asociado con **daños en la mielina** (capa que envuelve a los nervios del cerebro y médula espinal), lo que **impacta en funciones cognitivas, motrices, visuales y auditivas**. El tolueno (presente en gasolina y removedores de pintura) **reduce funciones mentales**, como memoria y atención, genera problemas al caminar, pérdida de coordinación y equilibrio, pérdida auditiva y de la visión.

Condiciones cardiovasculares. Los químicos de los inhalables **aceleran irregularmente el corazón**, lo que puede llevar a una **insuficiencia cardíaca mortal**, también llamada "muerte súbita".

Otros problemas. Los **nitritos (presentes en los poppers)** se asocian con la disminución de las funciones del sistema inmunológico (encargado de defender al organismo contra gérmenes y microorganismos).

El **freón (presente en los refrigerantes y aerosoles)** causa lesiones en hígado y daño en vías respiratorias por el enfriamiento excesivo.

El **benceno (presente en la gasolina)** daña la médula ósea y aumenta el riesgo de desarrollar leucemia.



Alcohol

El riesgo de presentar problemas asociados con el consumo de alcohol se relaciona con la cantidad y frecuencia de consumo. Por ejemplo, el consumo en altas cantidades por ocasión incrementa el riesgo de presentar intoxicaciones, lesiones o muerte por accidentes de tránsito, caídas o peleas. Por otra parte, el consumo crónico de alcohol es un factor causal para cerca de 200 condiciones médicas tales como:

3.3 millones
de muertes se producen cada año en el mundo debido al consumo de alcohol

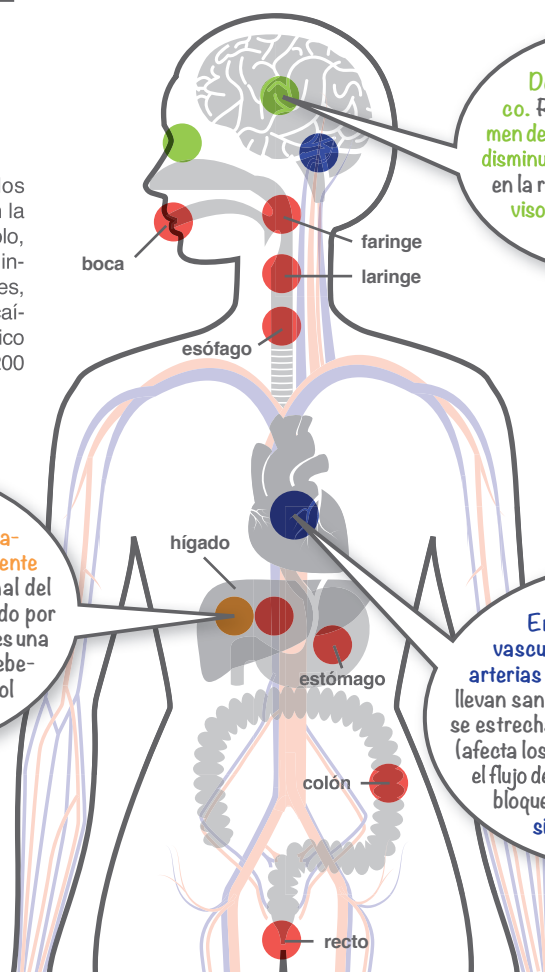
80 %
de las muertes en los países de mediano y bajo ingreso es causado por cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática, asociadas con el consumo de alcohol como factor de riesgo

Enfermedades del hígado. La cirrosis (cicatrización y funcionamiento deficiente del hígado) es el resultado final del daño crónico al hígado causado por enfermedad hepática crónica; es una condición común entre los bebedores que consumen alcohol en altas cantidades.

Deterioro neurológico. Reducción en el volumen de estructuras cerebrales, disminución del flujo sanguíneo en la región cerebral; déficits viso-espaciales, motores y de memoria.

● **Cáncer.** El consumo de alcohol está asociado con cáncer de boca, faringe, esófago, laringe, estómago, colon, recto e hígado.

Enfermedades cardiovasculares. Enfermedad de las arterias coronarias (las arterias, que llevan sangre al corazón, se endurecen y se estrechan), accidente cerebrovascular (afecta los vasos sanguíneos deteniendo el flujo de sangre al cerebro, ya sea por bloqueo o ruptura del vaso) y presión sanguínea elevada.



Definición de trago estándar

Es cualquier bebida que contiene aproximadamente 13 gramos de alcohol puro (Miller, Heather, & Hall, 1991). La imagen de abajo es útil para comparar diferentes tipos de bebidas en las que, a pesar de la diferencia en contenido, se mantienen los gramos de alcohol puro.



¿Qué beneficios se obtienen si se deja de consumir alcohol y otras sustancias?

Reducir o evitar el consumo aporta beneficios importantes para la salud y demás áreas afectadas por el consumo.

Dejar de consumir tabaco trae beneficios casi inmediatos:



En las **primeras 24 horas**, la presión arterial baja a niveles normales, incrementa el nivel de oxígeno en sangre y se reduce el riesgo de un ataque cardíaco súbito.

En los **9 meses posteriores** a dejar de fumar, la circulación mejora y la dificultad para respirar disminuye.

En un **plazo no mayor a 5 años**, el riesgo de padecer algún tipo de cáncer asociado con el consumo de tabaco se reduce en un 50%.



En el caso del **alcohol**, los riesgos asociados con el consumo agudo (accidentes, lesiones, muerte) o crónico (enfermedades médicas) se reducen significativamente.



La **abstinencia de otras sustancias de abuso** favorece cambios positivos en el estilo de vida; permite construir una nueva red de apoyo social, aprender habilidades sociales y mejorar las relaciones interpersonales.

Referencias

- Adachi, M., & Brenner, D. A. (2005). Clinical Syndromes of Alcoholic Liver Disease. *Digestive Diseases*, 23(3–4), 255–263. <https://doi.org/10.1159/000090173>
- Alwan, A. (2011). Informe sobre la situación mundial de enfermedades no transmisibles 2010: Resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- American Cancer Society. (2016, September 9). Benefits of Quitting Smoking Over Time. Recuperado de <https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/benefits-of-quitting-smoking-over-time.html>
- Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C., & Wallace, P. (1993). The risk of alcohol. *Addiction*, 88(11), 1493–1508. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb03135.x>
- Anderson, P., Gual, A., & Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Aquaro, G. D., Gabutti, A., Meini, M., Prontera, C., Pasanisi, E., Passino, C., ... Lombardi, M. (2011). Silent myocardial damage in cocaine addicts. *Heart*, 97(24), 2056–2062. <https://doi.org/10.1136/hrt.2011.226977>
- Bagnardi, V., Blangiardo, M., La Vecchia, C., & Corrao, G. (2001). Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta-analysis. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 25(4), 263–270.
- Becker, U., Deis, A., Sørensen, T. I., Grønbaek, M., Borch-Johnsen, K., Müller, C. F., ... Jensen, G. (1996). Prediction of risk of liver disease by alcohol intake, sex, and age: a prospective population study. *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 23(5), 1025–1029. <https://doi.org/10.1002/hep.510230513>
- Bolla, K. I., Cadet, J. L., & London, E. D. (1998). The neuropsychiatry of chronic cocaine abuse. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(3), 280–289. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.3.280>
- Bravo, M. J., Royuela, L., Barrio, G., Rodríguez-Arenas, M. A., & de la Fuente, L. (2004). Prevalencia de prácticas indirectas de compartir material para inyectarse drogas en Galicia, Madrid, Sevilla y Valencia. *Gaceta Sanitaria*, 18(6), 472–478. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(04\)72035-X](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(04)72035-X)
- Cabé, N., Laniepce, A., Ritz, L., Lannuzel, C., Boudehent, C., Vabret, F., ... Pitel, A.-L. (2016). Cognitive impairments in alcohol dependence: From screening to treatment improvements. *L'encéphale*, 42(1), 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.012>
- Cargiulo, T. (2007). Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 1(64), S5–S11. <https://doi.org/10.2146/ajhp060647>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2018, February 20). Smoking & Tobacco Use. Recuperado de: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm#toll

CDC. (2018, February 21). Secondhand Smoke (SHS) Facts. Recuperado de https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/general_facts/index.htm

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, & Office on Smoking and Health. (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (US).

Córdova-Alcaraz, A. J., Andrade, P., & Rodríguez-Kuri, S. E. (2005). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101–122.

Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. (2002). Measuring substance-free and substance-related reinforcement in the natural environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 28–34. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.1.28>

Daley, D. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of food and drug analysis*, 21(4), S73-S76. doi: 10.1016/j.jfda.2013.09.038.

Dobkin, P. L., De Civita, M., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347–356. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x>

Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 309(6959), 901–911. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6959.901>

Gregory, S., & Xiques, P. (2004). *The Health Consequences of Smoking: what it means to you*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

Heinz, A. J., Beck, A., Meyer-Lindenberg, A., Sterzer, P., & Heinz, A. (2011). Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(7), 400–413. <https://doi.org/10.1038/nrn3042>

Hoch, E., Bonnetn, U., Thomasius, R., Ganzer, F., Havemann-Reinecke, U., & Preuss, U. W. (2015). Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(16), 271–278. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0271>

Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Coffey, C., Patton, G. C., ... Hutchinson, D. M. (2010). Cannabis use and educational achievement: Findings from three Australasian cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 247–253. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.03.008>

Howland, J., Almeida, A., Rohsenow, D., Minsky, S., & Greece, J. (2006). How safe are federal regulations on occupational alcohol use? *Journal of Public Health Policy*, 27(4), 389–404. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200104>

Huang, Y. H. J., Zhang, Z. F., Tashkin, D. P., Feng, B., Straif, K., & Hashibe, M. (2015). An epidemiologic review of marijuana and cancer: An update. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 24(1), 15–31. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-14-1026>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2017, October 30). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016). Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/4585-encodat-2016.html>
- Miller, W. R., Heather, N., & Hall, W. (1991). Calculating standard drink units: international comparisons. *British Journal of Addiction*, 86(1), 43–47. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb02627.x>
- Monti, P. M., & O'Leary, T. A. (1999). Coping and social skills training for alcohol and cocaine dependence. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 447–470.
- National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, & U.S. Department of Health and Human Services. (2011, February). Abuso de inhalantes. Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rinhalantes.pdf>
- National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, & U.S. Department of Health and Human Services. (2016, June). DrugFacts: La cocaína. Recuperado de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/df_cocaine_spanish_07052016.pdf
- Navarro, J. (2008). La incidencia de las drogas en el medio laboral de la comunidad de Madrid 2006. Madrid: Equipo de Investigación Sociológica.
- Office on Smoking and Health. (2006). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Organización Mundial de la Salud. (2018, February). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud. (2018, February). Alcohol: datos y cifras. Retrieved July 2, 2018, from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Pfefferbaum, A., Sullivan, E. V., Mathalon, D. H., & Lim, K. O. (1997). Frontal lobe volume loss observed with magnetic resonance imaging in older chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(3), 521–529. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1997.tb03798.x>
- Putniņš, A. (2001). Substance Use by South Australian Young Offenders. Adelaide: Office of Crime Services.
- Rippeth, J. D., Heaton, R. K., Carey, C. L., Marnotte, T. S., Moore, D. J., Gonzalez, R., ... Wolfson, T. (2004). Methamphetamine dependence increases risk of neuropsychological impairment in HIV infected persons. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(1), 1–14. <https://doi.org/10.1017/S1355617704101021>
- Robinson, J. E., Heaton, R. K., & O'Malley, S. S. (1999). Neuropsychological functioning in cocaine abusers with and without alcohol dependence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5(1), 10–9.
- Suzuki, Y., Oishi, M., Mizutani, T., & Sato, Y. (2002). Regional cerebral blood flow measured by the resting and vascular reserve (RVR) method in chronic alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26(8S), 95S–99S. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000026984.37262.82>
- Thomas, G., Kloner, R. A., & Rezkalla, S. (2014). Adverse cardiovascular, cerebrovascular, and peripheral vascular effects of marijuana inhalation: What cardiologists need to know. *American Journal of Cardiology*, 113(1), 187–190. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.09.042>

- Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., ... Mendoza-Alvarado, L. (2017). Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2107: Reporte de Alcohol. México: INPRFM.
- White, A., & Hingson, R. (2013). The burden of alcohol use: Excessive alcohol consumption and related consequences among college students. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 201-218.
- Willigendael, E. M., Teijink, J. a W., Bartelink, M.-L., Kuiken, B. W., Boiten, J., Moll, F. L., ... Prins, M. H. (2004). Influence of smoking on incidence and prevalence of peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Surgery*, 40(6), 1158–1165. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2004.08.049>
- Winhusen, T. M., Somoza, E. C., Lewis, D. F., Kropp, F. B., Horigian, V. E., & Adinoff, B. (2013). Frontal systems deficits in stimulant-dependent patients: Evidence of pre-illness dysfunction and relationship to treatment response. *Drug and Alcohol Dependence*, 127(1–3), 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.017>
- Woicik, P. A., Moeller, S. J., Alia-Klein, N., Maloney, T., Lukasik, T. M., Yeliosof, O., ... Goldstein, R. Z. (2009). The neuropsychology of cocaine addiction: Recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacology*, 34(5), 1112–1122. <https://doi.org/10.1038/npp.2008.60>
- Yücel, M., Solowij, N., Respondek, C., Whittle, S., Fornito, A., Pantelis, C., & Lubman, D. I. (2008). Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 694–701. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.694>

Capítulo 4.

Conducta sexual de riesgo

¿Qué son las conductas sexuales de riesgo?

Las conductas sexuales de riesgo son aquellas que pueden incrementar la probabilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual (ITS) o embarazos no deseados (Espada et al., 2003). Algunas de estas conductas son: tener múltiples parejas sexuales, tener sexo bajo la influencia del alcohol o drogas, así como tener relaciones sexuales anales o vaginales sin protección (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Se ha reportado que existe un aumento considerable de nuevos casos de infección de VIH y otras ITS todos los años, causado por las conductas sexuales de riesgo (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2019), en comparación con el resto de las vías de transmisión (sanguínea, perinatal) (Planes et al., 2002).

Solamente ciertos líquidos corporales (sangre, semen, líquido preseminal, secreciones rectales, secreciones vaginales y la leche materna) de una persona que tiene el VIH, pueden transmitir el virus. Para que el contagio suceda, estos líquidos corporales deben entrar en contacto con mucosas o con tejidos lesionados de la otra persona (pene,

vagina, boca), o ser inyectados directamente al torrente sanguíneo (con una aguja o jeringa) para que ocurra la transmisión del VIH (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2019).

¿Cuál es la relación entre el consumo de sustancias y las conductas sexuales de riesgo?

El consumo de alcohol y drogas puede llevar a una persona a realizar conductas sexuales de riesgo, debido a que durante los estados de intoxicación disminuyen el juicio y la capacidad para la toma de decisiones (National Institute on Drug Abuse, 2012). Se ha reportado que el consumo de alcohol y marihuana incrementa hasta 2.5 veces la probabilidad de tener sexo sin protección (Anderson & Stein, 2011; Verma et al., 2010).

Se ha encontrado que la marihuana se suele consumir con frecuencia antes y después de la relación sexual, debido a que sus propiedades para potenciar la sensación de relajación y el sentido del tacto generan un aumento del placer, lo que ocasiona que exista una mayor tendencia a

tener sexo sin protección (Poulin & Graham, 2001). También la cocaína ha llegado a ser considerada un potenciador del deseo sexual (Johnson et al., 2017), debido a que ayuda a retrasar el orgasmo y se puede tener sexo por largos periodos de tiempo, incluso a pesar de presentar abrasiones en la zona genital por la fricción, lo que puede ocasionar un mayor riesgo de contagio de alguna ITS (Bellis & Hughes, 2004).

Asimismo, las anfetaminas y las drogas de diseño incrementan el deseo sexual e intensifican y prolongan el orgasmo, lo que ocasiona una desinhibición en la elección de pareja, así como la toma de decisiones en el uso de condón, lo que provoca un mayor número de encuentros ocasionales sin protección (Bellis et al., 2002). Aunque no sea considerada una droga, el alcohol tiene una amplia relación entre los estados de intoxicación y las conductas sexuales de riesgo, ya que puede servir como vía para acercarse e interactuar con posibles parejas sexuales, sin embargo, en estados de embriaguez, se ha observado que puede provocar periodos de amnesia, lo cual aumenta la probabilidad de tener múltiples parejas sexuales, sexo sin protección (Johnson & Stahl, 2004).

En el contexto específico de los centros residenciales, se estima que cerca del 43.4% de personas que recibe atención utiliza condón de manera regular con parejas no primarias (cualquier pareja sexual con quien no se tiene un compromiso). Sin embargo, este porcentaje podría ser menor en aquellos con algún trastorno mental comórbido al consumo de sustancias, debido a que el trastorno mental reduce la probabilidad de utilizar condón de manera regular (Mota et al., 2010). En estos centros, 62.6% de la población presenta al menos un trastorno mental comórbido al consumo de sustancias, lo que sugiere que quienes se encuentran en estos centros tienen mayor riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual (Marín-Navarrete et al., 2016).

¿Qué son las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

Entre los más de 30 agentes patógenos que se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis); las otras cuatro (hepatitis B, herpes, VIH y VPH) son infecciones virales incurables, aunque en la actualidad, se pueden mitigar o atenuar los síntomas por medio de tratamiento farmacológico.

Estas enfermedades infecciosas se contagian principalmente por contacto sexual, el cual puede ser por medio de sexo vaginal, anal u oral. Algunas infecciones también se pueden transmitir a través de transfusiones sanguíneas, por compartir jeringas o utensilios infectados (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

¿Cuáles son las principales ITS?

Una persona puede tener una ITS sin presentar síntomas evidentes; en muchas ocasiones, éstos se presentan una vez que la infección se encuentra en una etapa avanzada. En general, los síntomas principales de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral, ardor, úlceras en genitales y dolor abdominal (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Las ITS más comunes son: el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de papiloma humano (VPH), virus de hepatitis B (VHB), virus de hepatitis C (VHC), sífilis y gonorrea. A continuación, se describe brevemente cada una de ellas.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Se estima que en el mundo viven cerca de 38 millones de personas infectadas con VIH. En México, se calcula que hay cerca de

¿Qué son las conductas sexuales de riesgo? Las conductas sexuales de riesgo son aquellas que pueden incrementar la probabilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual o embarazos no deseados. Algunas de estas conductas son: tener sexo a una edad temprana, tener múltiples parejas sexuales, tener sexo bajo la influencia del alcohol o drogas, así como tener relaciones sexuales sin protección.



186,944 personas con VIH/SIDA (es decir, 0.24% de la población); este padecimiento fue el responsable de casi cinco mil muertes en 2018 (Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA [Cen-sida], 2020). Se calcula que entre las personas que consumen sustancias, cerca del 3% vive con VIH; sin embargo, este porcentaje alcanza el 27% entre los consumidores de drogas inyectables (Lehman et al., 1994; Prevots et al., 1996).

El VIH es un virus que daña las células del sistema inmunológico (encargado de defender al cuerpo de infecciones y enfermedades), de manera que éste se debilita o anula su función. A medida que el sistema inmune va perdiendo su función, el cuerpo es más susceptible a adquirir infecciones y enfermedades. La aparición de estas condiciones clínicas ocurre en las fases más avanzadas del VIH y se denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA: National Institutes of Health, 2015).

Virus de papiloma humano (VPH)

Se estima que en el mundo hay más de 290 millones de mujeres infectadas con VPH. Este padecimiento provoca cerca de 528 mil casos de cáncer cervicouterino y 266 mil muertes cada año (Organización Mundial de la Salud, 2016). La principal forma de contraer VPH es por contacto sexual (Danaei et al., 2005).

Existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales 30 están asociados con algún tipo de cáncer. Los síntomas característicos del VPH son la aparición de verrugas genitales, las cuales pueden ser pequeñas o grandes, planas o elevadas, o tener forma de coliflor; sin embargo, la mayoría de los casos no provoca síntomas. En las mujeres, el VPH está asociado con el cáncer cervicouterino, de vulva, vagina y ano. En los hombres está asociado con el cáncer de ano y pene (National Library of Medicine, 2017c). El cáncer generalmente tarda años (incluso décadas) en aparecer o presentar síntomas, después de que se haya adquirido.

Actualmente existen recomendaciones para evitar el contagio del VPH:

1. Vacuna. Es segura y eficaz, incluso puede proteger a los hombres y a las mujeres contra las enfermedades causadas por el VPH (incluso el cáncer) cuando se administra a las eda-

des recomendadas (niños entre 11 y 12 años, hombres menores de 21 y mujeres menores de 26 que no hayan recibido la vacuna con anterioridad).

2. Uso de condón. Usarlo en cada relación sexual y que sea preferentemente de látex; sin embargo, el VPH puede infectar zonas que el condón no cubre, de modo que los condones pueden no ofrecer una protección total contra el VPH.

3. Relación monógama. Preferentemente tener relaciones sexuales con una sola persona, para evitar en lo posible el riesgo de infección.

Virus de hepatitis B (VHB)

En el mundo hay aproximadamente 400 millones de personas infectadas con el virus de hepatitis B (VHB: Hepatitis B Foundation, 2018). En México, se estima una tasa nacional de incidencia de 0.63 casos por cada 100 mil habitantes, y se observó un alza (.70) en los últimos dos años (Secretaría de Salud, 2020). La hepatitis B puede ser una enfermedad hepática grave, aunque la mayoría no presenta síntomas inmediatamente; sin embargo, algunas personas presentan un cuadro agudo con síntomas que duran varias semanas, como coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia), orina oscura, fiebre, fatiga, dolor articular, cansancio extremo, náuseas, vómitos y dolor abdominal. En un pequeño grupo de personas, la hepatitis aguda puede dar lugar a una insuficiencia hepática aguda, potencialmente mortal.

Virus de hepatitis C (VHC)

Se estima que en el mundo hay 71 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C (OMS, 2020). En México, se estima una tasa nacional de incidencia de 1.88 casos por cada 100 mil habitantes, y se observó un alza en 2019 (Secretaría de Salud, 2020). Cuando alguien se infecta por primera vez con el virus de la hepatitis C, puede tener una enfermedad muy leve, con pocos síntomas o ninguno. Por motivos que no se conocen, menos de la mitad de las personas que contrae hepatitis C

es capaz de eliminar el virus sin tratamiento en los primeros 6 meses. La mayoría de las personas que se infecta contrae una infección crónica o de por vida. Entre los síntomas que pudieran presentarse están: piel u ojos amarillos, falta de apetito, malestar estomacal, vómitos, dolor de estómago, fiebre, orina oscura, heces de color claro, dolor en las articulaciones y sensación de cansancio. Si se presentan síntomas con una infección nueva, suelen aparecer en el plazo de 2 a 12 semanas, pero pueden tardar hasta 6 meses en presentarse.

Las personas con hepatitis C crónica pueden vivir años sin tener síntomas o sentirse enfermas. Cuando se presentan síntomas con la hepatitis C crónica, a menudo son un signo de enfermedad hepática avanzada. Si no se trata, la hepatitis C crónica puede provocar problemas de salud graves, como enfermedad hepática, insuficiencia hepática, cáncer de hígado e incluso la muerte (CDC, 2017). Se sabe que el virus de hepatitis C se transmite por sangre; sin embargo, debido a su alta prevalencia en las personas que consumen drogas inyectables, es importante que se detecte y comience el tratamiento oportuno.

Sífilis y gonorrea

La sífilis y la gonorrea son infecciones provocadas por bacterias que pueden ser curables con un adecuado tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2016). Ambas provocan picazón y ardor en el área genital. La sífilis presenta llagas, inflamación y erupción en el área genital; conforme la infección va avanzando, estos síntomas pueden presentarse en manos, pies y boca (National Library of Medicine, 2017a). Los síntomas varían dependiendo de la etapa de la infección y generalmente empiezan 21 días después de la infección, pero pueden aparecer en un plazo de entre 9 y 90 días.

La sífilis primaria se manifiesta generalmente por una única úlcera (chancro), la cuál pasa desapercibida ya que no genera dolor ni molestia. Si no se trata oportunamente progresa a la etapa secundaria que puede causar erupciones cutáneas (palmas de las manos y plantas de los pies), fiebre y ganglios linfáticos hinchados. En las áreas del cuerpo calientes y húmedas, como el ano y los labios vulvares, aparecen lesiones blancas o grises sobreelevadas como consecuencia de la disemi-

nación de los treponemas procedentes de la lesión primaria. Los signos y síntomas de la sífilis secundaria se resuelven espontáneamente, incluso sin tratamiento. Si no se trata la infección, evoluciona a la etapa latente, que puede durar años, las bacterias continúan estando presentes en el organismo, pero no hay ningún signo ni síntoma. En caso de que no exista tratamiento se desarrollan sífilis terciaria (neurosífilis), enfermedades cardiovasculares (cardiosífilis) y granulomas (lesiones gomosas o goma sífilítica).

La sífilis terciaria puede afectar a cualquier órgano del cuerpo hasta 30 años o más después de la infección y puede resultar mortal. La neurosífilis puede aparecer en cualquier etapa de la infección, incluso en los primeros meses. Las manifestaciones neurológicas iniciales consisten en alteraciones agudas del estado mental, meningitis (inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal), accidente cerebrovascular, disfunción de pares craneales, y anomalías auditivas u oftálmicas (The American College of Obstetricians and Gynecologist, 2017).

La gonorrea es la segunda ITS bacteriana más frecuente y da lugar a una notable morbilidad y a un costo económico sustancial en todo el mundo. La gonorrea se transmite a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección o bien de la madre al hijo durante el parto (National Library of Medicine, 2017a).

Algunos hombres con gonorrea no presentan ningún síntoma; sin embargo, los síntomas más comunes son: sensación de ardor al orinar, secreción de color blanco, amarillo o verde del pene, dolor o inflamación en los testículos (aunque esto es menos común). En el caso de las mujeres con gonorrea la mayoría no presenta síntomas y, en caso de llegar a presentarlos, suelen ser leves, por lo que pueden confundirse con los síntomas de una infección vaginal o de la vejiga.

Los síntomas más comunes son: dolor o sensación de ardor al orinar, aumento de la secreción vaginal, sangrado vaginal entre periodos. Las mujeres con gonorrea corren el riesgo de tener complicaciones graves por la infección, aun cuando no presenten ningún síntoma. Muchas personas no notan los síntomas durante años, los cuales pueden desaparecer y aparecer (National Library of Medicine, 2017a).

¿De qué manera se pueden prevenir las ITS?

La principal conducta para prevenir las ITS es el uso correcto y consistente del condón masculino durante la relación sexual anal o vaginal (Weller, 1993; Weller & Davis-Beaty, 2002), el cual, además, proporciona protección contra embarazos no deseados (Crosby, 2013). La efectividad del uso de condón se debe a que actúa a modo de barrera, al boquear el intercambio de fluidos durante la relación sexual.

Es recomendable realizarse pruebas para detectar el VIH y conocer el estado serológico (anticuerpos detectables contra el VIH) de las parejas sexuales (es decir, saber si son portadores de VIH o no) antes de tener relaciones sexuales con ellas. Esto también permite conocer el estado de salud propio y evitar la propagación del virus (UNAIDS, 2016).

Además, se ha reportado que las personas que se encuentran en tratamiento multidisciplinario para el consumo de sustancias de abuso suelen tener menos conductas de riesgo, en comparación con quienes no asisten a tratamiento (Sorensen & Copeland, 2000). Esto puede sugerir que los modelos de tratamiento para el consumo de sustancias de abuso puede llegar a ser un factor de protección para evitar el contagio de ITS.

¿Cuáles son los pasos para el uso correcto del condón?

A continuación, se presenta una serie de instrucciones generales para el uso correcto del condón (Centers for Disease Control and Prevention, 2016):

1. Asegúrate de que el condón sea nuevo, “nunca reutilices un condón”.
2. Guarda los condones en un lugar fresco y seco; no es recomendable guardar los condones en la bolsa del pantalón o en la cartera.
3. Al usar un condón de látex, utiliza únicamente lubricantes a base de agua (no uses ningún tipo de aceite, vaselina o lociones).
4. No uses más de un condón a la vez.

5. Usa condón siempre que tenga relaciones sexuales y colócalo antes de iniciar.

Existen conductas específicas que se deben considerar para utilizar de forma correcta el condón (Stanton et al., 2009). Dichas conductas se muestran a continuación:

1. Revisa la fecha de caducidad del condón y que el empaque esté en buenas condiciones.
2. Cuidadosamente abre por una esquina el paquete con los dedos, no utilices las uñas, dientes o tijeras.
3. Revisa que el condón se vea en perfecto estado (olor extraño, color o algunas fisuras evidentes).
4. Determina hacia qué lado se desenrolla el condón.
5. Tómallo por la punta y colócalo en la cabeza del pene erecto. En caso de no estar circuncidado, retráelo primero el prepucio.
6. Saca el aire de la punta del condón.
7. Desenrolla el condón hasta la base del pene.
8. Después de la eyaculación, detén el condón en la base del pene antes de sacarlo.
9. Una vez fuera, quita el condón con cuidado.
10. Amarra el condón de manera que no se derrame el semen y tíralo al bote de basura.

¿Qué son las conductas sexuales de riesgo?

Las conductas sexuales de riesgo son aquellas que pueden incrementar la probabilidad de contraer alguna infección de transmisión sexual o embarazos no deseados.

Algunas de las conductas sexuales de riesgo son:

- ✓ Tener **múltiples parejas** sexuales
- ✓ Tener sexo bajo la influencia del **alcohol o drogas**
- ✓ Tener relaciones sexuales **sin protección**.

¿Cuál es la relación entre el consumo de sustancias y las conductas sexuales de riesgo?

Durante la intoxicación disminuyen el juicio y la capacidad para la toma de decisiones, lo que puede llevar a tener conductas sexuales de riesgo.



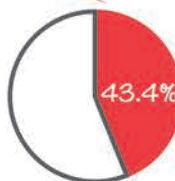
Se ha reportado que el consumo de alcohol y marihuana incrementa hasta **2.5 veces la probabilidad de tener sexo sin protección**.

En el contexto específico de los centros residenciales



De la población en estos centros presenta comorbilidad psiquiátrica, situación que incrementa el riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual.

Las personas en tratamiento constante para el consumo de sustancias suele tener menos conductas de riesgo. Esto indica que seguir en tratamiento es un factor protector para el contagio de ITS.



De personas que recibe atención utilizan condón de manera regular con parejas no primarias (cualquier pareja sexual con quien no se tiene un compromiso).

¿Qué son las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

Son enfermedades infecciosas que se contagian principalmente por contacto sexual, el cual puede incluir sexo vaginal, anal u oral.

Algunas ITS también pueden transmitirse a través de **transfusiones sanguíneas** o por medio del uso de **jeringas** o utensilios infectados.

Una persona puede tener una ITS sin presentar síntomas evidentes, pues pueden presentarse cuando la infección está en una etapa avanzada.

En general, los síntomas principales de las ITS incluyen:

- ✓ Flujo vaginal
- ✓ Secreción uretral
- ✓ Ardor
- ✓ Úlceras en genitales
- ✓ Dolor abdominal

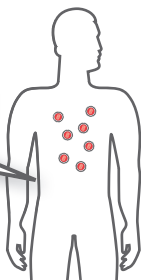
Realizarse pruebas para detectar VIH y conocer el estado serológico (presencia de la enfermedad en pruebas de sangre) de las parejas sexuales antes de tener relaciones sexuales permite conocer el estado de salud propio y evitar la propagación del virus.

¿Cuáles son las principales ITS?

Las ITS más comunes son el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de papiloma humano (VPH), virus de hepatitis B (VHB), sífilis y gonorrea. A continuación se describe brevemente cada una de ellas.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El VIH es un virus que daña las células del sistema inmunológico (encargado de defender al cuerpo de infecciones y enfermedades), de manera que éste se debilita o anula su función. A medida que esto ocurre, el cuerpo es más sensible a adquirir infecciones y enfermedades. La aparición de estas condiciones clínicas se denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).



186,944
personas con VIH/
SIDA se calcula que
hay en México



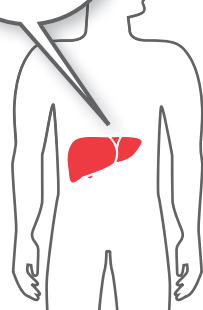
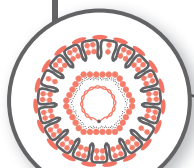
34 millones
de personas el mundo se estima
viven infectadas con VIH

3%
de personas que consumen
sustancias vive con VIH

27%
de los consumidores
de sustancias
inyectables
vive con VIH

Virus de hepatitis B (VHB)

Se presenta principalmente entre consumidores de drogas inyectadas que comparten las agujas.



400 millones
de personas
viven infectadas
con VHB en el mundo.

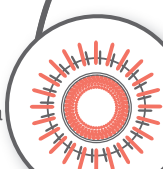
En México, se estima una tasa nacional de incidencia de **0.63 casos** por cada **100,000** habitantes, y se observó un alza (.70) en los últimos dos años.

Provoca una **inflamación en el hígado**; **no es curable** y puede evolucionar hacia una cicatrización, **cirrosis** o **cáncer de hígado**.

Virus de hepatitis C

Se estima que en el mundo hay
71 millones
de personas con infección crónica

En México, se estima una tasa nacional de incidencia de **1.88 casos** por cada **100,000 habitantes**



Si no se trata, la hepatitis C crónica puede provocar enfermedad hepática, insuficiencia hepática, cáncer de hígado e incluso la muerte.

5.6 millones

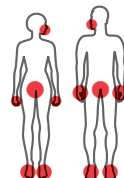
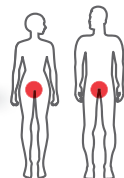
de personas con sífilis
existen en el mundo

18 millones

de personas con gonorrea
existen en el mundo

Sífilis y gonorrea

Son infecciones provocadas por bacterias que pueden ser curables con un adecuado tratamiento. Provocan picazón y ardor en el área genital. La principal forma de contagio es por contacto sexual. Muchas personas no notan los síntomas durante años, los cuales pueden desaparecer y aparecer.



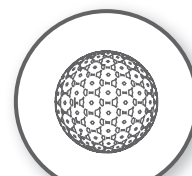
Los síntomas más comunes de la gonorrea son: **secreción del pene, inflamación vaginal y dolor al orinar. Puede provocar inflamación pélvica e infertilidad.**

La sífilis presenta **llagas, inflamación y erupción en el área genital**; conforme la infección avanza **pueden presentarse en manos, pies y boca.**



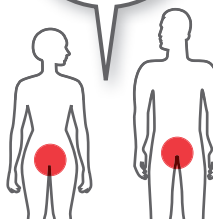
Virus de papiloma humano (VPH)

Existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales 30 están asociados con algún tipo de cáncer. El VPH es un virus que suele provocar verrugas en el área genital. La principal forma de contraer VPH es por contacto sexual.



290 millones
de mujeres
están infectadas con VPH.

Provoca cerca de **528,000** casos de cáncer cervicouterino y **266,000** muertes al año

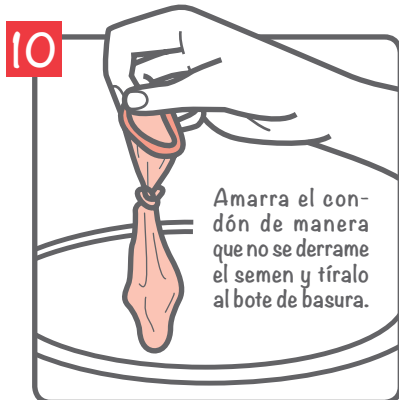
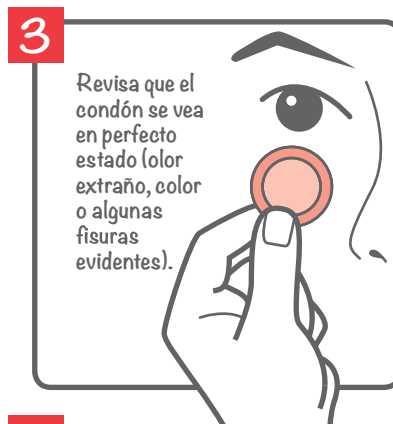
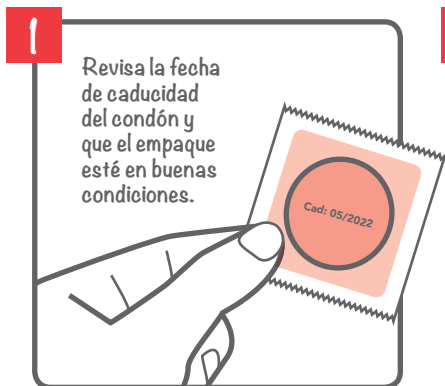


En mujeres está asociado con el cáncer cervicouterino, de vulva, vagina y ano.

En hombres está asociado con el cáncer de ano y pene.

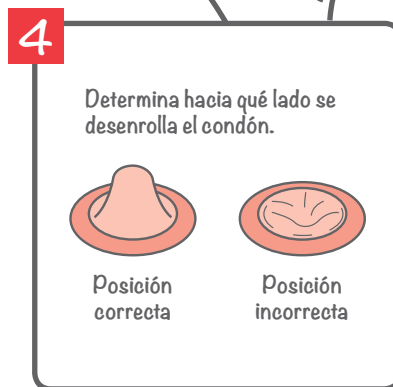
¿Cuáles son los pasos para el uso correcto del condón?

A continuación, se presenta una serie de instrucciones generales para el uso correcto del condón:



¿De qué manera se pueden prevenir las ITS?

La principal conducta es el uso correcto y consistente del condón masculino durante la relación sexual anal o vaginal, el cual, además, proporciona protección contra embarazos no deseados.

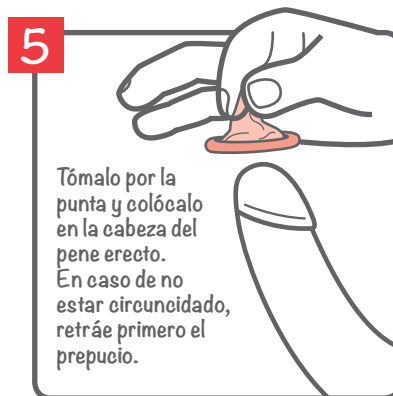


Conductas para utilizar de forma correcta el condón

1. Asegúrate de que el condón sea nuevo cada vez; nunca reutilices un condón.

2. No es recomendable guardar los condones en la bolsa del pantalón o en la cartera.

3. Al usar un condón de látex, utiliza únicamente lubricantes a base de agua (no uses ningún tipo de aceite, vaselina o lociones).



Referencias

- Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2011). A behavioral decision model testing the association of marijuana use and sexual risk in young adult women. *AIDS and Behavior*, 15(4), 875–84. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9694-z>
- Bellis, M. A., & Hughes, K. (2004). Sex potions. Relationships between alcohol, drugs and sex. *Adicciones*, 16(4).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Male Condom Use. Retrieved July 3, 2018, from <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/male-condom-use.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Hepatitis C. Retrieved November 2020, from www.cdc.gov/hepatitis/hcv/pdfs/hepcgeneralfactsheet_sp.pdf.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. (2020). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de Sida. México. Retrieved from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/589214/VIH-Sida_3erTrim_2020.pdf
- Crosby, R. A. (2013). State of Condom Use in HIV Prevention Science and Practice. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(1), 59–64. <https://doi.org/10.1007/s11904-012-0143-7>
- Danaei, G., Vander Hoorn, S., Lopez, A. D., Murray, C. J. L., Ezzati, M., & Comparative Risk Assessment collaborating group (Cancers). (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* (London, England), 366(9499), 1784–93. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67725-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67725-2)
- Espada, J. P., Quiles, M. J., & Méndez, F. J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles Del Psicólogo*, 24(85), 29–36. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/778/77808504/>
- Hepatitis B Foundation. (2018). Making hepatitis B history. <https://doi.org/10.1002/hep.30054>
- Lehman, J. S., Allen, D. M., Green, T. A., & Onorato, I. M. (1994). HIV infection among non-injecting drug users entering drug treatment, United States, 1989-1992. Field Services Branch. *AIDS* (London, England), 8(10), 1465–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7818818>
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E., Horigian, V. E., Salloum, I. M., Villalobos-Gallegos, L., & Fernández-Mondragón, J. (2016). Co-Occurring Disorders: A Challenge for Mexican Community-Based Residential Care Facilities for Substance Use. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(3–4), 261–270. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1220207>
- Mota, N. P., Cox, B. J., Katz, L. Y., & Sareen, J. (2010). Relationship between mental disorders/suicidality and three sexual behaviors: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 724–34. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9463-5>
- National Institute on Drug Abuse. (2012). EL VIH/SIDA y el abuso de drogas: dos epidemias entrelazadas. Rockville MD. Retrieved from http://condesadf.mx/pdf/drugfacts_hiv.pdf

- National Institutes of Health. (2015). HIV/AIDS. Retrieved July 3, 2018, from <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-turning-discovery-into-health/hiv/aids>
- National Library of Medicine. (2017). Gonorrhea. Retrieved July 3, 2018, from <https://medlineplus.gov/spanish/gonorrhea.html>
- National Library of Medicine. (2017). Sífilis. Retrieved July 3, 2018, from <https://medlineplus.gov/spanish/syphilis.html>
- National Library of Medicine. (2017). Virus del papiloma humano. Retrieved July 3, 2018, from <https://medlineplus.gov/spanish/hpv.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Infecciones de transmisión sexual. Retrieved July 3, 2018, from http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Hepatitis B. Retrieved July 3, 2018, from <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Hepatitis C. Retrieved November, 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
- Poulin, C., & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*, 96(4), 607-621.
- Prevots, D. R., Allen, D. M., Lehman, J. S., Green, T. A., Petersen, L. R., & Gwinn, M. (1996). Trends in human immunodeficiency virus seroprevalence among injection drug users entering drug treatment centers, United States, 1988-1993. *American Journal of Epidemiology*, 143(7), 733-42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8651236>
- Secretaría de Salud. (2020). Informe Epidemiológico Anual de Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis Virales, México 2019. Retrieved November, 2020, from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/574743/Informe_epidemiologico_hepatitis_virales_2019.pdf
- Sorensen, J. L., & Copeland, A. L. (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(1), 17-31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10706972>
- Stanton, B., Deveaux, L., Lunn, S., Yu, S., Brathwaite, N., Li, X., ... Marshall, S. (2009). Condom-use skills checklist: a proxy for assessing condom-use knowledge and skills when direct observation is not possible. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 27(3), 406-13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19507756>
- The American College of Obstetricians and Gynecologist. (2017). Chlamydia, Gonorrhea, and Syphilis. Retrieved July 3, 2018, from <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Chlamydia-Gonorrhea-and-Syphilis>
- UNAIDS. (2016). Do no harm: Health, human rights and people who use drugs. Ginebra: UNAIDS. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf
- Verma, R. K., Saggurti, N., Singh, A. K., & Swain, S. N. (2010). Alcohol and sexual risk behavior among migrant female sex workers and male workers in districts with high in-migration from four high HIV prevalence states in India. *AIDS and Behavior*, 14 Suppl 1(S1), S31-9. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9731-y>

- Weller, S. C. (1993). A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV. *Social Science & Medicine* (1982), 36(12), 1635–44. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8327927>
- Weller, S. C., & Davis-Beaty, K. (2002). Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(1), CD003255. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003255>
- Wiehe, S. E., Barai, N., Rosenman, M. B., Aalsma, M. C., Scanlon, M. L., & Fortenberry, J. D. (2015). Test positivity for chlamydia, gonorrhea, and syphilis infection among a cohort of individuals released from jail in Marion County, Indiana. *Sexually Transmitted Diseases*, 42(1), 30–6. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000224>

Capítulo 5.

Disparadores de consumo de sustancias

¿Qué son los disparadores de consumo?

Los disparadores de consumo son estímulos o situaciones de alto riesgo que pueden llevar al consumo de alcohol y otras sustancias de abuso después de un periodo de abstinencia, debido a que detonan el deseo de consumir (Craving) (Marlatt, 1996; Marlatt & Donovan, 2008).

Se dividen en externos e internos. Los primeros hacen referencia a estímulos que están en el medio ambiente e incluyen personas, lugares, cosas o situaciones. Las personas son aquellas con quienes el individuo interactuaba para comprar o consumir alcohol o drogas. Los lugares incluyen esquinas, calles, parques, casas o lugares específicos utilizados para comprar o consumir. Entre las cosas u objetos se incluye el dinero, parafernalia (por ejemplo: pipas, latas, encendedores, espejos, antenas, entre otros), tipos de música, aromas o colores y demás objetos utilizados durante el consumo. Las situaciones pueden incluir fiestas, celebraciones, fines de semana, entre otras actividades. Por su parte, los disparadores internos son aquellos que ocurren al interior del individuo, es decir, emociones, pensamientos o sensaciones físicas.

Una vez que se deja de consumir alcohol o drogas, las personas perciben un dominio sobre su conducta, que les facilita mantenerse en abstinencia; sin embargo, los disparadores amenazan la capacidad de control y pueden llevar al consumo (Marlatt, 1996).

¿Cómo se establecen los disparadores de consumo?

Se sabe que las personas con consumos excesivos y crónicos son quienes suelen atribuir una mayor relevancia a la sustancia y reportar una mayor intensidad de deseo por consumir, a esto último se le conoce como craving. El deseo intenso por consumir está asociado con cambios neurobiológicos, particularmente en los sistemas límbico, estriado y cortical del cerebro. Las modificaciones neurobiológicas ocurren de la siguiente forma:

Los primeros consumos de alcohol y otras sustancias de abuso incrementan la cantidad de dopamina en el circuito de recompensa. Este incremento genera una señal de recompensa que, tras experiencias repetidas, llegará a asociarse con

los estímulos (personas, lugares, cosas, emociones, pensamientos o sensaciones físicas) y situaciones (fiestas, celebraciones, fines de semana) que le anteceden. De este modo, los ahora estímulos condicionados pueden evocar descargas de dopamina en el núcleo accumbens, lo que disparará experiencias de craving a la sustancia, conducta de búsqueda y el posterior consumo. Se piensa que la liberación de dopamina sobre el núcleo accumbens contribuye a la asignación de valor a las señales y facilita el aprendizaje asociativo (Kalivas & Volkow, 2005).

De tal forma que el mecanismo neurobiológico se explica mediante la liberación de dopamina inducida por el alcohol y otras sustancias de abuso, lo que genera cambios en la comunicación celular, al incrementar la fuerza sináptica mediante la inserción de receptores de Glutamato, lo que potencializa la eficiencia de la transmisión y se asocia con mayor potencia sináptica a largo plazo; estos cambios se han observado en el núcleo accumbens, cuerpo estriado dorsal, amígdala, hipocampo y corteza prefrontal. Estas neuroadaptaciones promueven la vulnerabilidad de las personas ante la recaída por largos periodos de tiempo. Esto explica por qué algunas personas después de varios años en rehabilitación llegan a recaer (Kalivas & Volkow, 2005).

¿Hay disparadores de consumo más frecuentes que otros?

Los disparadores externos e internos varían entre una persona y otra, dependiendo de su historia

de consumo. Sin embargo, diversos estudios han reportado que los estados emocionales displacenteros y la presión social están fuertemente asociados con el consumo de alcohol y otras sustancias

de abuso (Cooney, Litt, Morse, Bauer, & Gaupp, 1997; McKay, 1999; Olsson, Cooper, Nugent, & Reid, 2016). Las personas que reportan estados emocionales displacenteros presentan mayor riesgo de consumir de manera excesiva y frecuente después de finalizado el tratamiento (Witkiewitz & Villarroel, 2009). Además, se ha identificado un incremento en la gravedad de los estados displacenteros horas antes del consumo (Shiffman & Waters, 2004).

Por su parte, la presión social está asociada con un 20% de los casos para reiniciar el consumo tras la abstinencia (Miller, 1980). Ocurre cuando la persona se expone a situaciones en las que otros hacen un ofrecimiento directo (amigos o familiares ofreciendo la sustancia de manera verbal) o indirecto (ver a un amigo o familiar pedir una bebida en algún restaurante). Entre mayor sea el número de personas involucradas en la actividad de consumo, mayor será el riesgo de reincidencia y/o recaída.

¿Qué son los disparadores de consumo?

Los disparadores de consumo son estímulos o situaciones de alto riesgo que pueden llevar al consumo de alcohol y otras sustancias de abuso después de un periodo de abstinencia, debido a que detonan el deseo para consumir. Se dividen en externos e internos.

Disparadores externos: hacen referencia a estímulos o eventos que están en el medio ambiente e incluyen personas, lugares, cosas o situaciones. Las personas son aquellas con quienes el individuo interactuaba para comprar o consumir alcohol o drogas. Los lugares incluyen esquinas, calles, parques, casas o lugares específicos utilizados para comprar o consumir. Entre las cosas u objetos se incluye el dinero, parafernalia (por ejemplo: pipas, latas, encendedores, espejos, antenas, entre otros), tipos de música, aromas o colores y demás objetos utilizados durante el consumo. Las situaciones pueden incluir fiestas, celebraciones, fines de semana, entre otras actividades.

Disparadores internos: son aquellos que ocurren al interior del individuo, es decir, emociones, pensamientos o sensaciones físicas.

¿Cómo identificar los disparadores de consumo?

Para identificar los disparadores de consumo externos, la persona con consumo de sustancias puede responder las siguientes preguntas:

1. ¿Con quién consumo regularmente?



2. ¿En qué lugares consumo con mayor frecuencia?

3. ¿En qué situaciones o circunstancias consumo habitualmente?

4. ¿En qué días u horarios suelo consumir?

Para reconocer los disparadores internos, se pueden utilizar las siguientes preguntas:

✓ ¿En qué estoy pensando justo antes de consumir?

✓ ¿Qué estoy sintiendo físicamente antes de consumir?

✓ ¿Qué emociones me desencadenan las ganas de consumir?

¿Cómo hacer frente a los disparadores de consumo?

Identificar los disparadores de consumo de forma eficaz es un paso fundamental para el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas (Marlatt & Donovan, 2008). Para tal objetivo, es necesario que las personas desarrollen habilidades de afrontamiento para el adecuado manejo de situación de riesgo.

Las habilidades de afrontamiento se definen como pensamientos y conductas adaptativas que permiten hacer frente a una diversidad de estímulos y situaciones asociadas con el consumo de alcohol y otras sustancias de abuso (Lazarus & Folkman, 1986).

Las habilidades de afrontamiento se dividen en internas y externas. Las primeras incluyen el manejo del deseo de consumo, estados emocionales, capacidad de autorregulación. Las segundas incluyen mejoramiento de las habilidades de comunicación y la adopción de un estilo de vida saludable, con la finalidad de establecer estrategias de vida adaptativas y libres del consumo de alcohol y otras sustancias de abuso (Rohsenow et al., 2004).

Algunas de estas habilidades de afrontamiento se desarrollan en los capítulos subsecuentes.

¿Qué son los disparadores de consumo?

Son estímulos o situaciones de alto riesgo que pueden llevar al consumo de alcohol y otras sustancias de abuso después de un periodo de abstinencia, debido a que detonan el deseo de consumir. Se dividen en externos e internos.

Disparadores externos

Hacen referencia a estímulos o eventos que están en el medio ambiente e incluyen personas, lugares, cosas o situaciones.

Los **lugares** incluyen esquinas, calles, parques, casas o lugares específicos utilizados para comprar o consumir.

Las **personas** son aquellas con quienes el individuo interactuaba para comprar o consumir alcohol o drogas.

Entre las **cosas u objetos** se incluye el dinero, parafernalia (pipas, latas, encendedores, entre otros), música, aromas o colores utilizados en el consumo.

Las **situaciones** pueden incluir fiestas, celebraciones, fines de semana, entre otras actividades.

Consumo de alcohol o sustancias de abuso

Disparadores internos

Son aquellos que ocurren al interior del individuo, es decir, emociones, pensamientos o sensaciones físicas.

Una vez que se deja de usar alcohol o drogas, la persona percibe un dominio sobre su conducta para mantenerse en abstinencia; sin embargo, estos disparadores pueden amenazar esta capacidad de control y llevar al consumo.

¿Cómo se establecen los disparadores de consumo?

El consumo frecuente de alcohol y otras sustancias de abuso lleva a que los individuos relacionen personas, lugares, cosas o situaciones con su consumo. Esto ocurre de la siguiente manera:

Las personas con consumos excesivos y crónicos son quienes suelen atribuir una mayor relevancia a las sustancias y reportar una mayor intensidad de deseo por consumir, a esto último se le conoce como craving.

Los primeros consumos de alcohol y otras sustancias de abuso incrementan la cantidad de dopamina en el circuito de recompensa.

Este incremento genera una señal de recompensa que tras experiencias repetidas llegará a asociarse con los estímulos y situaciones que le anteceden.

Los ahora estímulos condicionados pueden evocar descargas de dopamina en el núcleo accumbens, lo que disparará experiencias de craving a la sustancia, conducta de búsqueda y el posterior consumo.

¿Hay disparadores de consumo más frecuentes que otros?

Los disparadores externos e internos varían entre una persona y otra, dependiendo de su historia de consumo. Sin embargo, diversos estudios han reportado que los estados emocionales displacenteros y la presión social son los disparadores de consumo más frecuentes.

¿Cómo identificar los disparadores de consumo?

Para reconocer los **DISPARADORES INTERNOS** se pueden utilizar las siguientes preguntas:

Las personas que reportan **estados emocionales displacenteros** presentan mayor riesgo de **consumir** de manera excesiva y frecuente después de finalizado el tratamiento. Además, se ha identificado un incremento en la gravedad de los estados displacenteros horas antes del consumo.

Para identificar los **DISPARADORES EXTERNOS**, la persona con consumo de sustancias puede responder las siguientes preguntas:

1. ¿En qué estoy pensando justo antes de consumir?

2. ¿Qué estoy sintiendo físicamente antes de consumir?

3. ¿Qué emociones me desencadenan las ganas/deseos de consumir?

1. ¿Con quién consumo regularmente?

2. ¿En qué lugares consumo con mayor frecuencia?

3. ¿En qué situaciones o circunstancias consumo habitualmente?

4. ¿En qué días u horarios suelo consumir?

¿Cómo hacer frente a los disparadores de consumo?

Las personas deben desarrollar habilidades de afrontamiento para el adecuado manejo de una situación de riesgo. Estas habilidades son pensamientos y conductas adaptativas que permiten hacer frente a una diversidad de estímulos y situaciones asociadas con el consumo.

Las habilidades de afrontamiento se dividen en:

Internas:

Incluyen manejo del deseo de consumo, estados emocionales y capacidad de autorregulación.

Externas:

Incluyen el mejoramiento de las habilidades de comunicación y la adopción de un estilo de vida saludable.

Referencias

- Cooney, N. L., Litt, M. D., Morse, P. A., Bauer, L. O., & Gaupp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 243–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9131844>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Eds. Martínez Roca. Retrieved from <https://latam.casadellibro.com/libro-estres-y-procesos-cognitivos/9788427010130/90173>
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* (Abingdon, England), 91 Suppl, S37-49. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997780>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2008). *Relapse prevention : maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (second edi). New York: Guilford. Retrieved from <https://www.guilford.com/books/Relapse-Prevention/Marlatt-Donovan/9781593856410>
- McKay, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: a critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 566–576. <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.566>
- Miller, W. R. (1980). *The Addictive behaviors : treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. New York: Pergamon Press. Retrieved from <https://trove.nla.gov.au/work/9843758>
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* (Abingdon, England), 91 Suppl, S155-72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997790>
- Olsson, K. L., Cooper, R. L., Nugent, W. R., & Reid, R. C. (2016). Addressing negative affect in substance use relapse prevention. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(1), 2–14. <https://doi.org/10.1080/10911359.2015.1058138>
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., ... Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction* (Abingdon, England), 99(7), 862–74. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00743.x>
- Shiffman, S., & Waters, A. J. (2004). Negative Affect and Smoking Lapses: A Prospective Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 192–201. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.192>
- Witkiewitz, K., & Villarroel, N. A. (2009). Dynamic association between negative affect and alcohol lapses following alcohol treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 633–644. <https://doi.org/10.1037/a0015647>

Capítulo 6.

Manejo de emociones

¿Qué son las emociones?

Las emociones son episodios de corta duración que son generados por un estímulo (interno o externo), el cual produce un cambio en el organismo, lo que da como resultado una respuesta de adaptación al medio ambiente (Aguado, 2014; Palmero, Guerrero, Gómez, Carpi, & Goyareb, 2011).

Los estímulos son percibidos por el cerebro mediante los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto). Asimismo discrimina los que tienen componentes emocionales y les atribuye un nivel o grado de intensidad. Esta evaluación rápida se realiza con un bajo nivel de conciencia (Scherer, 2005). Posteriormente tiene lugar la reacción afectiva, en la cual se presentan cambios fisiológicos. Sin embargo, la culturalización y el aprendizaje ocasionan que la expresión emocional se vea modificada ya sea inhibiéndola o exacerbándola.

Las emociones se pueden clasificar en primarias y secundarias. Las primarias surgen desde los primeros momentos de la vida (asco, miedo, ira, tristeza, alegría y sorpresa). Las emociones secundarias, también llamadas emociones sociales o morales, aparecen entre los dos o tres años de vida (envidia, orgullo, vergüenza, culpa, etc.) (Dunn, 2003).

Las emociones se pueden clasificar en placenteras y displacenteras. A continuación se

muestra una lista de emociones de acuerdo a dicha clasificación:

Las emociones placenteras. Incluyen alegría, entusiasmo, agradecimiento, esperanza, amor, orgullo, pasión, perdón, alivio, compasión, euforia, empatía, optimismo, plenitud, satisfacción, solidaridad, seguridad, ternura, valentía, tranquilidad, etc. Estas emociones usualmente generan sentimientos de bienestar (Daley, 2012).

Las emociones displacenteras. Incluyen enojo, rabia, furia, celos, resentimiento, aburrimiento, apatía, desesperanza, tristeza, depresión, ansiedad, miedo, vacío, vergüenza, culpa, soledad, humillación, rechazo, pena, nostalgia, inquietud, insatisfacción, hastío, desidia, confusión, etc. Usualmente generan sentimientos de malestar (Daley, 2012).

¿Qué relación tienen las emociones con el consumo de sustancias?

La evidencia indica que las emociones y el consumo de sustancias están estrechamente vinculados. Se sabe que el consumo de sustancias afecta los sistemas de regulación en el cerebro con el paso del tiempo. Esta afectación ocurre en tres etapas:

1. Embriaguez e intoxicación. Caracterizada por la liberación aguda de dopamina en el circuito de recompensa, lo que provoca una intensa liberación de dopamina, y motiva el comportamiento de búsqueda y de consumo de sustancias.

2. Retiro y afecto negativo. Caracterizado por una liberación más intensa y prolongada de dopamina, asociada con el consumo de sustancias, las personas con TCS se comienzan a sentir menos motivadas por los estímulos cotidianos que les generaban placer o gratificación, lo que ocasiona estrés y aparición recurrente de emociones displacenteras, por lo que recurren al consumo para evitar las molestias asociadas.

3. Preocupación y anticipación. Existe un debilitamiento en la capacidad de resistir impulsos fuertes y autocontrol, lo que genera que la persona ya no pueda controlar el consumo, y desencadena un consumo excesivo como respuesta de enfrentamiento o como una manera de poder regular sus emociones displacenteras (Volkow, Koob, & McLellan, 2016).

Por ejemplo, se ha reportado que las personas cuando experimentan estados afectivos negativos de abstinencia, inconscientemente utilizan las sustancias para prevenir estos estados emocionales aversivos (Robinson & Berridge, 2000). En contraste, cuando se experimentan emociones positivas intensas, el consumo de sustancias sirve para mantenerlas o prolongarlas, lo que aumenta la probabilidad de que se repita esta conducta en ocasiones futuras (Weiss, Forkus, Contractor, & Schick, 2018).

Una vez que el individuo desarrolla un trastorno por consumo de sustancias, éste está motivado principalmente por el deseo de evitar los estados afectivos displacenteros (como irritabilidad y depresión) asociados con la abstinencia (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004a; Robinson, Sareen, Cox, & Bolton, 2011).

Se sabe que el alcohol y otras sustancias tienen efectos farmacológicos específicos sobre el cerebro. Por ejemplo, el alcohol, los inhalables y los opioides tienen propiedades depresoras sobre el sistema nervioso central, es decir, reducen la actividad del cerebro. De este modo, quienes pre-

sentan emociones displacenteras como ansiedad o dificultades para controlar su enojo, hacen uso de estas sustancias para regularlas (Vorspan, Mehtelli, Dupuy, Bloch, & Lépine, 2015).

Aquellos que muestran un mayor número de días de consumo de alcohol presentan emociones displacenteras con mayor frecuencia (Hussong, Galloway, & Feagans, 2005; Park, Armeli, & Tennen, 2004). Asimismo, quienes reportan mayor frecuencia de emociones displacenteras, inician el consumo de sustancias en edades más tempranas (Wills, Sandy, & Yaeger, 2000).

¿Cuáles son las emociones más comunes entre las personas con consumo de sustancias?

Es frecuente que las personas con consumo de alcohol y otras sustancias de abuso realicen diversas conductas para conseguir la sustancia. Por ejemplo, mentir o engañar a familiares o amigos, violar leyes para obtener dinero para pagar las drogas o ser violento con aquellos que le rodean. Estas conductas pueden generar emociones displacenteras, que pueden llevar al consumo excesivo de sustancias, reincidencia o recaída para reducir el malestar generado. Las emociones más comunes son las siguientes:

Vergüenza. Surge cuando se da una evaluación negativa hacia uno mismo, es una emoción que surge de la desaprobación de los demás y requiere de la presencia (real o imaginaria) de los otros. La persona que experimenta vergüenza siente el deseo de esconderse, huir o desaparecer. Es un estado desagradable que provoca la interrupción de la acción,

¿Qué son las emociones?

Son episodios de corta duración que son desencadenados por un estímulo externo o interno, capaz de producir un desequilibrio en el organismo.

Las emociones se clasifican en placenteras y displacenteras:

Las emociones placenteras incluyen alegría, entusiasmo, agradecimiento, esperanza, amor, orgullo, pasión, perdón, alivio, compasión, euforia, empatía, optimismo, plenitud, satisfacción, solidaridad, seguridad, ternura, valentía, tranquilidad, etc. Estas emociones usualmente generan sentimientos de bienestar.

Las emociones displacenteras, las cuales suelen generar sentimientos de malestar, incluyen enojo, rabia, furia, celos, resentimiento, aburrimiento, apatía, desesperanza, tristeza, depresión, ansiedad, miedo, vacío, vergüenza, culpa, soledad, humillación, rechazo, pena, nostalgia, inquietud, insatisfacción, hastío, desidia, confusión, etc.



cierta confusión mental y dificultad o torpeza para hablar. Físicamente se manifiesta una especie de encogimiento corporal, sonrojamiento, agachar la cabeza, evitar el contacto visual, cubrirse el rostro, temblores, o palpitaciones rápidas y fuertes.

Culpa. Surge cuando se da una evaluación negativa, pero está focalizada en la acción y no necesariamente en uno mismo. Esta emoción conlleva a una tendencia a realizar conductas orientadas a reparar la acción negativa, así como una reconsideración de la forma de actuar en el futuro. La culpa no genera respuestas de evasión, al contrario, provoca deseos de confesar, pedir perdón, reparar el daño, construyendo emociones más positivas con un mayor valor moral. Se pueden distinguir dos tipos de culpa:

1. Una culpa que ocasiona ansiedad, asociada con la transgresión.
2. Una culpa empática, la cual surge cuando la persona siente el dolor ajeno y se siente responsable de dicho dolor (Etxebarria, 2003).

Resentimiento. Es considerado un proceso interno, arraigado y crónico, que se caracteriza por la acumulación de frustración, dolor, rabia, victimización y atribución de culpabilidad a otra u otras personas, a quienes se considera responsables de haber causado daño. Por su intensidad y cronicidad, se convierte en algo permanente. El resentimiento implica rumiaciones, hostilidad y el convencimiento de haber sido víctima de injusticias (Worthington, Witvliet, Pietrini, & Miller, 2007) así como un fuerte enojo que no se materializa en acciones “efectivas” de venganza contra quien se percibe culpable (Leal, Meneses, Alarcón, & Karmelic, 2005; Vázquez, 2013).

¿Qué relación tienen las emociones con la recaída?

La evidencia señala que las emociones displacenteras están fuertemente asociadas con la recaída

(Cooney, Litt, Morse, Bauer, & Gaupp, 1997; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel, & Hickcox, 1996), siendo las responsables de hasta el 37% de éstas (Marlatt, 1996).

Las emociones displacenteras más reportadas previas a la recaída son: soledad, depresión, ansiedad y enojo (McKay, 1999). Por su parte, aquellas personas que reportan emociones displacenteras con frecuencia tras haber finalizado un tratamiento para dejar de consumir, presentan mayor riesgo de recaer y consumir de manera excesiva (Witkiewitz & Villarroel, 2009).

Se ha planteado que las emociones displacenteras dificultan la toma de decisiones e impactan en la capacidad de control sobre el consumo (Gwaltney et al., 2001), lo que reduce el uso de habilidades para afrontar situaciones de alto riesgo. Esto conduce, finalmente, a la recaída (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004b; Davidson & Davidson, 1980). Por otro lado, las emociones placenteras tienen menor relación con la recaída. En un estudio realizado con 137 personas consumidoras de alcohol y otras sustancias, se encontró que sólo el 6% presentó estados emocionales placenteros previos a la recaída (Davidson & Davidson, 1980). De hecho, las emociones placenteras se han asociado principalmente a los primeros consumos luego de un periodo de abstinencia, mientras que las emociones displacenteras conducen a la recaída.

¿Cómo manejar las emociones displacenteras?

La evidencia señala que las personas que aprenden a reconocer, identificar y controlar sus emociones aumentan la probabilidad de conseguir y mantener la abstinencia, mejorar la relación con los demás y sentir mayor seguridad de mantenerse sin consumo (John & Gross, 2004; Leible & Snell, 2004; Lineman, 2003; Snyder, Simpson, & Hughes, 2006). A continuación, se explican una serie de pasos para identificar y lidiar con estados emocionales displacenteros (Daley, 2012; Lineman, 2003):

1. **Identificar y etiquetar las emociones.** Para ser consciente de las emociones, es importante evitar inhibirlas, juzgarlas o bloquearlas. Para identificarlas es necesario observar y describir:

- ✓ La situación que ha provocado la emoción.
- ✓ La interpretación que se le da a la situación que provocó la emoción.
- ✓ Cómo se expresa la emoción.
- ✓ El impacto que tiene la emoción en áreas de la vida como relaciones con los demás, escuela, trabajo, etc.

Una vez identificada la emoción, es necesario asignarle un nombre.

2. Identificar estrategias que ayuden a afrontar las emociones. Una estrategia que puede ayudar a regular las emociones es incrementar el número de acontecimientos agradables. Por ejemplo, mantener una alimentación balanceada, dormir bien, mantenerse ocupado, evitar situaciones que generen emociones displacenteras, trabajar, y contar con apoyo social positivo. Otras estrategias son: hablar de las emociones con personas de confianza, utilizar técnicas de relajación, asistir a grupos de ayuda mutua o llevar una agenda para establecer estructura en la vida diaria.

3. Practicar las nuevas estrategias de afrontamiento. Poner en práctica las estrategias antes de llevarlas a cabo permite mejorarlas. Por ejemplo, para hablar con alguien con quien se tuvo un problema, podría ser útil ensayar cómo y qué se diría. Para hacerlo, la persona puede escribir un guion, practicar con otra persona o ensayar a solas.

4. Poner en acción las nuevas estrategias de afrontamiento. Una vez que se ensayó la estrategia, es hora de ponerla en práctica. En ocasiones se experimenta temor de que la estrategia no resulte como se esperaba; sin embargo, lo importante es aprender de ello y modificar la estrategia en caso de no obtener los resultados deseados.

5. Identificar las estrategias que son ineficientes. Es importante recordar que las estrategias no son únicas ni universales: una estra-

tegia no resultará para todas las situaciones y cada persona deberá adaptar la estrategia que mejor le funcione para las situaciones que afronta. Eliminar las estrategias que no funcionan favorecerá la generación y puesta en marcha de nuevas formas de afrontamiento.

¿Qué son las emociones?

Episodios de corta duración que son generados por un estímulo (interno o externo), el cual produce un cambio en el organismo, lo que da como resultado una respuesta de adaptación al medio ambiente. Se clasifican en placenteras y displacenteras.

Emociones placenteras

Usualmente generan sentimientos de bienestar. Incluyen **alegría, entusiasmo, agradecimiento, esperanza, amor, orgullo, pasión, perdón, alivio, compasión, euforia, empatía, optimismo, plenitud, satisfacción, solidaridad, seguridad, ternura, valentía, tranquilidad**, etc.

¿Qué relación tienen las emociones con el consumo de sustancias?

La evidencia indica que las emociones y el consumo de sustancias están estrechamente vinculados.

Las **emociones placenteras incrementan** la probabilidad de conductas de riesgo, como es el **consumo de altas cantidades de alcohol y el uso de otras drogas de abuso**.

Los individuos que experimentan **emociones displacenteras con frecuencia** tienen **mayor riesgo de consumir alcohol u otras sustancias** para mejorar el estado de ánimo o en ocasiones, **el consumo sirve para evitar los estados afectivos asociados con la abstinencia** (como irritabilidad, ansiedad y depresión).

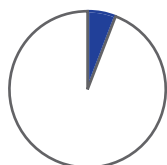
Emociones displacenteras

Suelen generar sentimientos de malestar, incluyen **enojo, rabia, furia, celos, resentimiento, aburrimiento, apatía, desesperanza, tristeza, depresión, ansiedad, miedo, vacío, vergüenza, culpa, soledad, humillación, rechazo, pena, nostalgia, inquietud, insatisfacción, hastío, desidia, confusión**, etc.

Los individuos que experimentan altos niveles de emociones placenteras luego de haber consumido, suelen ingerir una mayor cantidad para mantener este estado placentero.

Quienes presentan emociones displacenteras como ansiedad o enojo, hacen uso de estas sustancias para regularlas.

Las emociones placenteras tienen menor relación con la recaída.



6%

presentó estados emocionales placenteros previos a la recaída, en un estudio realizado con 137 personas

En contraste, **bajos niveles de emociones placenteras** pueden incitar el consumo de sustancias como una manera de compensar estos déficits.

Aquéllos que muestran un **mayor número de días de consumo de alcohol** presentan emociones displacenteras con mayor frecuencia.

¿Qué relación tienen las emociones con la recaída?

Las emociones displacenteras más reportadas previo a la recaída son: **soledad, depresión, ansiedad y enojo**.

Las emociones displacenteras están fuertemente asociadas con la recaída.



37%

de las recaídas es causado por emociones displacenteras

¿Cómo manejar las emociones displacenteras?

Las personas que aprenden a reconocer, identificar y controlar sus emociones aumentan la probabilidad de conseguir y mantener la abstinencia, mejorar la relación con los demás y sentir mayor seguridad de mantenerse sin consumo. A continuación, se explica una serie de pasos para identificar y lidiar con estados emocionales displacenteros.

1. Identificar y etiquetar las emociones

Para ser consciente de las emociones, es importante evitar inhibirlas, juzgarlas o bloquearlas. Para identificarlas es necesario observar y describir:

- ✓ La situación que ha provocado la emoción
- ✓ Cómo se expresa la emoción
- ✓ La interpretación que se le da a la situación que provocó la emoción
- ✓ El impacto que tiene la emoción en áreas de la vida, como relaciones con los demás, escuela, trabajo, etc.

Una vez identificada la emoción, es necesario asignarle un nombre.



5. Identificar las estrategias que son ineficientes

Es importante recordar que las estrategias no son únicas ni universales: una estrategia no resultará para todas las situaciones y cada persona deberá adaptar la estrategia que mejor le funcione para las situaciones que afronta. Eliminar las estrategias que no funcionan favorecerá la generación y puesta en marcha de nuevas formas de afrontamiento.



2. Identificar estrategias que ayuden a afrontar las emociones

Una estrategia que puede ayudar a regular las emociones es incrementar el número de acontecimientos agradables, realizando cambios en el estilo de vida. Por ejemplo, mantener una alimentación balanceada, dormir bien, evitar situaciones que generen emociones displacenteras, contar con apoyo social positivo, o hablar de las emociones con personas de confianza.



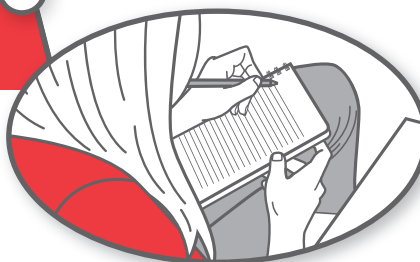
4. Poner en acción las nuevas estrategias de afrontamiento

Una vez que se ensayó la estrategia, es hora de ponerla en práctica. En ocasiones se experimenta temor de que la estrategia no resulte como se esperaba; sin embargo, lo importante es aprender de ello y modificar la estrategia en caso de no obtener los resultados deseados.



3. Practicar las nuevas estrategias de afrontamiento

Poner en práctica las estrategias antes de llevarlas a cabo permite mejorarlas. Por ejemplo, para hablar con alguien con quien se tuvo un problema, podría ser útil ensayar cómo y qué se diría. Para hacerlo, la persona puede escribir un guion, practicar con otra persona o ensayar a solas.



Referencias

- Aguado, L. (2014). Emoción, afecto y motivación. (Alianza editorial, Ed.). Madrid. Retrieved from https://www.alianzaeditorial.es/libro.php?id=791147&id_col=100508&id_subcol=100518
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004a). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33–51. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004b). Addiction Motivation Re-formulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33–51. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Morse, P. A., Bauer, L. O., & Gaupp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 243–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9131844>
- Daley, D. (2012). Coping with feelings and moods: Recovery strategies for emotional health. Daley Publications.
- Damasio, A. R. (2005). En busca de Spinoza : neurobiología de la emoción y los sentimientos. España: Barcelona: Crítica.
- Davidson, P. O., & Davidson, S. M. (1980). Behavioral medicine : changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel. Retrieved from https://books.google.com.mx/books/about/Behavioral_medicine.html?id=hLxrAAAAMAAJ&redir_esc=y
- Etxebarria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. En Fernández-Abascal, E. G., Jiménez, M. P. & Martín, M. D. Motivación y emoción. La adaptación humana (Centro de Estudios Ramón Areces, Ed.), Madrid:España.
- Fernández-Abascal, E. G., García, B., Jiménez, M. P., Martín, M. D., & Domínguez, F. J. (2010). Psicología de la emoción. Ramón Areces. Retrieved from <https://psikipedia.com/libro/emocion>
- Dunn, J. (2003). Emotional development in early childhood: A social relationship perspective. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 332–346). New York: Oxford University Press
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Norman, G. J., Paty, J. A., Kassel, J. D., Gnys, M., ... Balabanis, M. (2001). Does smoking abstinence self-efficacy vary across situations? Identifying context-specificity within the Relapse Situation Efficacy Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 516–27. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11495181>
- Hussong, A. M., Galloway, C. A., & Feagans, L. A. (2005). Coping motives as a moderator of daily mood-drinking covariation. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 344–53. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16047523>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–33. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>

- Leal, F., Meneses, M., Alarcón, A., & Karmelic, V. (2005). Agresión y resentimiento en los estudiantes secundarios. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14(1), 29-39. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2005.17332>
- Leible, T. L., & Snell, W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 393–404. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2003.09.011>
- Lineman, M. M. (2003). Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. España: Paidós. Retrieved from https://books.google.com.mx/books/about/Manual_de_tratamiento_de_los_trastornos.html?id=3j7zPQAACAAJ&redir_esc=y
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* (Abingdon, England), 91 Suppl, S37-49. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997780>
- McKay, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: a critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 566–576. <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.566>
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A., & Goyareb, R. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Castellón de la Plana: España: Publicacions de la Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions.
- Park, C. L., Armeli, S., & Tennen, H. (2004). The daily stress and coping process and alcohol use among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 126–35. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15000512>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*, 95(8s2), 91–117. <https://doi.org/doi:10.1046/j.1360-0443.95.8s2.19.x>
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., & Bolton, J. M. (2011). Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: a longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 800–7. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.75>
- Scherer, K. R. (2005). What are emotion? And how can they be measured? *Social Science Information Sur Les Sciences Sociales*, 44(4), 695–729. <http://doi.org/10.1177/053901840505216>
- Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. A., & Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking: within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 366–79. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8871421>
- Snyder, D. K., Simpson, J. A., & Hughes, J. N. (2006). Emotion regulation in couples and families : pathways to dysfunction and health. Washington, DC: American Psychological Association. Retrieved from <http://www.apa.org/pubs/books/4318032.aspx>
- Vázquez, H. M. (2013). El perdón como práctica para la paz. En *Experiencias Educando para la Paz* (pp. 5-18). México: Impulsora para el Desarrollo Integral del Ser Humano A. C.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <http://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>

- Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V., & Lépine, J.-P. (2015). Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues. *Current Psychiatry Reports*, 17(2), 4. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0544-y>
- Weiss, N. H., Forkus, S. R., Contractor, A. A., & Schick, M. R. (2018). Difficulties regulating positive emotions and alcohol and drug misuse: A path analysis. *Addictive Behaviors*, 84, 45–52. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.027>
- Wills, T. A., Sandy, J. M., & Yaeger, A. (2000). Temperament and adolescent substance use: an epigenetic approach to risk and protection. *Journal of Personality*, 68(6), 1127–51. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11130735>
- Witkiewitz, K., & Villarroel, N. A. (2009). Dynamic association between negative affect and alcohol lapses following alcohol treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 633–644. <https://doi.org/10.1037/a0015647>
- Worthington, E. L., Jr., Witvliet, C. V. O., Pietrini, P., & Miller, A. J. (2007). Forgiveness, health, and wellbeing: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgivingness, and reduced unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 291–302. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9105-8>

Capítulo 7.

El proceso de la recaída

De acuerdo con la evidencia científica, los TCS al igual que otros trastornos mentales (depresión, ansiedad, psicosis, TDAH, etc.) y otras enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad, y la hipertensión, son padecimientos que por su naturaleza son susceptibles a presentar tasas de recaída similares (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2001).

Estudios clínicos reportan que, a corto plazo, entre el 40% y el 60% de los pacientes regresan al consumo de alcohol y drogas durante el primer año después de haber recibido tratamiento residencial (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2001). De este porcentaje, el 60% presentarán múltiples periodos de abstinencia intermitente. A largo plazo, más del 50% presentará periodos de abstinencia de un año o más después de una recaída, y 29% recaerá después de tres o más años (Philadelphia Department of Behavioral Health, Intellectual Disability Services, & Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, 2012).

Las tasas de recaída elevadas en los TCS se asocian a múltiples situaciones que afectan al paciente y a sus familiares, como lo son el incremento de las hospitalizaciones, los costos y abandono de tratamiento, impacto negativo en la dinámica familiar debido a la disminución de la motivación y la confianza en el paciente, así como al incremento de la frustración tras cada recaída (Center for Substance

Abuse Treatment & Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 1999).

Recaída como un proceso

Uno de los mayores problemas durante la rehabilitación de las personas con consumo de sustancias es la recaída. La recaída es el proceso de regresar al consumo de alcohol u otras sustancias de abuso, luego de un periodo de prolongado (12 meses) abstinencia. Una persona puede recaer, independientemente de los años que se haya mantenido en abstinencia, de ahí que existan señales o signos de aviso que anteceden a la recaída. Los cuales se relacionan con cambios en la conducta, en las actitudes, sentimientos, pensamientos o una combinación de estos (Daley, 1993). Algunos ejemplos de estas señales son:

Cambios de conducta. Manejo inadecuado de situaciones conflictivas con la familia, la pareja o los amigos, que lo llevan a experimentar explosiones de ira sin motivos claramente definidos. Abandono de tratamiento parcial o total, la persona comienza a buscar excusas y pretextos para no asistir a alguno de los componentes de su tratamiento o dejarse de tomar

su medicamento. Exponerse a situaciones de riesgo de consumo (por ejemplo, ir a fiestas con amigos que consumen), y presentar conductas compulsivas (por ejemplo, comer, fumar y/o ver pornografía en exceso).

Cambios de actitud. Mostrar confianza excesiva por mantener la abstinencia, o disminuir el interés por continuar con los estilos de vida saludables (ejemplo: abandono de la dieta, actividad física y alteraciones en los hábitos de sueño).

Cambios en el estado de ánimo. Síntomas frecuentes de tristeza, indiferencia o motivación para realizar actividades, sentimientos de ira hacia sí mismo o hacia los demás, aburrimiento frecuente, o sentimientos de euforia repentinos.

Cambios de ideas. Pensamientos como “*hace calor, podría beber solo una cerveza para refrescarme*”, pensar en consumir otras drogas con las cuales no se tienen problemas significativos, pensar en “*estar curado*” debido al tiempo en abstinencia, “*me lo merezco*” después de haber trabajado mucho, entre otros.

Diferencia entre recidiva (caída/resbalón) y recaída

La recaída se define como cualquier violación personal de una regla autoimpuesta o de un grupo de reglas que se asocian con un comportamiento, como lo es la abstinencia al consumo de sustancias. Este comportamiento se viola en el momento en el que existe un evento único de consumo. Dentro de esta definición, se distingue entre la primera violación a la regla (recidiva) y el comportamiento subsecuente en el que el consumo puede incrementarse hasta el nivel original previo al tratamiento (recaída). En este sentido, el proceso de recaída consiste en una serie de acontecimientos que pueden ir seguidos o no, del retorno de un comportamiento determinado al nivel previo al tratamiento. De esta manera, la recidiva supone el primer consumo después de un periodo de abstinencia. La recidiva o resbalón, es un obstáculo o un retroceso en el intento de una persona de cambiar o modificar una conducta concreta. En cambio, la recaída supone el uso continuado de

la sustancia después de este resbalón (Adams & Warren, 2010).

De tal forma que es posible evidenciar a una persona en rehabilitación que toma un único trago de alcohol después de un periodo de abstinencia como alguien que ha tenido un resbalón en el proceso. Pero, ¿de qué depende que la persona pare o continúe consumiendo?, lo que la evidencia sugiere es que esto depende de las expectativas y pensamientos sobre el evento de consumo (ejemplo: “no pasa nada”, nadie se va a dar cuenta”, “yo lo puedo controlar”).

Es necesario comprender que las recidivas y recaídas forman parte del proceso de rehabilitación; ni las recidivas ni las recaídas significan una falla en el tratamiento (Samet et al., 2013). Sin embargo, el hecho de que ambas condiciones formen parte de la rehabilitación no significa que pueda volver a consumir cuando lo desee; más bien, se busca posicionar a la recidiva y a la recaída como parte de un aprendizaje continuo en el proceso (Substance Abuse & Health Services Administration, 2009).

¿Cómo detectar que hay riesgo de una recaída?

Entre la recidiva y la recaída se dan una serie de procesos cognitivos que se asociarán con la vuelta al consumo. Estos procesos se explican a continuación:

Autoeficacia

Es la capacidad percibida para realizar una conducta determinada (Bandura, 1997). En el contexto del TCS, es la capacidad percibida que tiene la persona para mantenerse sin consumir

Recaída como un proceso

Existen señales o signos de aviso que anteceden a la recaída.

Cambios de conducta.

Manejo inadecuado de situaciones conflictivas, abandono de tratamiento parcial o total, exponerse a situaciones de riesgo de consumo y presentar conductas compulsivas.

Cambios de actitud.

Mostrar confianza excesiva por mantener la abstinencia, o disminuir el interés por continuar con los estilos de vida saludables.

Cambios en el estado de ánimo.

Síntomas frecuentes de tristeza, indiferencia o motivación, sentimientos de ira, aburrimiento o sentimientos de euforia repentinos.

Cambios de ideas.

Pensamientos como “*hace calor, podría beber solo una cerveza para refrescarme*”, pensar en consumir otras drogas con las cuales no se tienen problemas significativos, pensar en “*estar curado*” debido al tiempo en abstinencia, o “*me lo merezco*” después de haber trabajado mucho.



una vez que ha conseguido la abstinencia (Heather & Stockwell, 2003). La evidencia indica que bajos niveles de autoeficacia predicen la aparición de una resbalón, y que niveles de autoeficacia más bajos posteriores a la resbalón predicen el regreso a consumos similares previos a la abstinencia (Gwaltney et al., 2001; Shiffman et al., 2000).

Por otra parte, altos niveles de autoeficacia están asociados a un menor número de tragos por día de consumo y a un mayor número de días en abstinencia (Connors, Maisto, & Zywiak, 1996). Cabe destacar que, aunque una persona presente altos niveles de autoeficacia, el reto principal es mantener estos niveles frente a las múltiples situaciones que implican riesgo para la recaída (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

Expectativas de resultado

Son los efectos anticipados (a nivel físico, psicológico o conductual) que un individuo espera obtener tras el consumo de alcohol u otras sustancias. Las expectativas del resultado se basan en experiencias pasadas, donde el sujeto supone que, al consumir, la situación emocional, social o ambiental mejorará. De esta forma, al tener una situación en particular, las expectativas del resultado incrementarán, las consecuencias negativas disminuirán y el sujeto tendrá mayores probabilidades de recaída (Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011).

Es necesaria una evaluación de los efectos inmediatos o demorados, para evitar exagerar los aspectos que se considerarían positivos al consumir alcohol u otras sustancias, así como también evitar la disminución de los aspectos negativos de consumir (Heather & Stockwell, 2003).

Estados emocionales displacenteros

Los estados emocionales displacenteros (enojo, irritabilidad, estrés, ansiedad, tristeza, y frustración) y la dificultad para manejarlos, están asociados significativamente con el riesgo de recaída (Piasecki, 2006; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel, & Hickcox, 1996). Estos estados emocionales pueden ser causados por percepciones sobre situaciones internas, como sentirse aburrido, o por sobre reacciones al contexto, como sentirse excesivamente molesto por

problemas cotidianos (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999).

Craving

El deseo de una gratificación inmediata puede tomar varias formas, algunas personas pueden experimentarlo como la urgencia por consumir la sustancia, mientras que los clínicos lo consideran como estados psicológicos. El modelo de Prevención de Recaídas propone que ambas “urgencias” son provocadas por factores psicológicos y ambientales. Estas “urgencias” o “antojos” continuos pueden llegar a quebrantar el compromiso de la persona que trata de mantener la abstinencia (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999).

Efecto de violación de la abstinencia

Hace referencia a una respuesta emocional que presentan algunas personas cuando llegan a presentar un resbalón de alcohol o sustancias. Dicha respuesta determina si la caída inicial, conduce a una recaída. Quienes atribuyen su consumo inicial a una falla personal, probablemente experimenten culpa o estados emocionales displacenteros que pueden llevar a la persona a incrementar su consumo como una manera de hacer frente a los estados emocionales displacenteros iniciales (Collins & Witkiewitz, 2013; Larimer et al., 1999; Marlatt, 1985). Si las personas perciben que esos estados emocionales están fuera de su control, es más probable que abandonen sus intentos de abstinencia y ocurra la recaída (Collins & Lapp, 1991; Stephens, Curtin, Simpson, & Roffman, 1994). Por el contrario, quienes perciben que la caída ocurrió debido a causas controlables, serán capaces de hacer frente a estados displacenteros en eventos posteriores (Collins & Witkiewitz, 2013).

Estrategias para prevenir recaídas

Entrenamiento en habilidades

El factor predictivo más importante de la recaída es la capacidad del individuo de utilizar estrategias

cognitivas y conductuales eficaces en situaciones de alto riesgo. Es decir, una persona que utiliza estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones de riesgo – por ejemplo, alejarse de un lugar (estrategia conductual) o tener una auto plática positiva (estrategia cognitiva) – reduce el peligro de recaída, a diferencia de una persona que no utiliza estrategias de afrontamiento adecuadas (Larimer et al., 1999).

La evidencia indica que habilidades de afrontamiento (incrementar actividades agradables; manejo del enojo y pensamientos negativos; resolución de problemas y decisiones aparentemente irrelevantes) son útiles para prevenir una recaída (Yokoyama et al., 2015).

En este sentido, quienes perciben una falla personal, requieren recibir un entrenamiento en habilidades de afrontamiento encaminado en hacer ver que la caída está asociada a múltiples factores, que son controlables y que ocurren en situaciones específicas. De este modo, las personas podrán anticipar y hacer frente a dichos factores en situaciones posteriores (Larimer et al., 1999).

Estilos de vida saludables

El estilo de vida de muchas personas con consumo de sustancias se caracteriza por desempleo, hogar inestable, dificultades económicas y relaciones interpersonales centradas en la sustancia; estas conductas se asocian con el mantenimiento e incremento del consumo.

Diversos estudios indican que cambiar una o más conductas del estilo de vida puede modificar el consumo de sustancias. Por ejemplo, un estudio que trabajó con un programa para dejar de fumar, el cual incluía sesiones de actividad física durante tres veces por semana, por un periodo de 12 semanas, encontró evidencia de una reducción del craving de tabaco, estados de ánimo displacenteros, síntomas de abstinencia de nicotina a lo largo del programa, en comparación a quienes no recibieron las sesiones de actividad física (Bock, Marcus, King, Borrelli, & Roberts, 1999); resultados similares se han obtenido sobre el consumo de alcohol y otras sustancias de abuso (Brown et al., 2010; Buchowski et al., 2011).

Otro beneficio de realizar actividad física se observa durante la abstinencia a sustancias, epi-

sodio durante el cual los estados de ánimo displacenteros son comunes, pues la actividad física mejora los estados de ánimo y el funcionamiento cognitivo asociado al consumo de sustancias crónico (Angelucci et al., 2007). Además de estos efectos sobre el consumo de sustancias, la actividad física está asociada con una reducción del riesgo de presentar muerte prematura, enfermedad del corazón, diabetes, hipertensión, prevención de sobrepeso y reducción de síntomas de depresión y ansiedad (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2018).

El proceso de la recaída

Los TCS al igual que otros trastornos mentales (como la depresión o la ansiedad) y otras enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad y la hipertensión, son padecimientos que por su naturaleza son susceptibles a presentar tasas de recaída similares.



Diferencia entre recidiva (caída/resbalón) y recaída

El proceso de recaída consiste en una serie de acontecimientos que pueden ir seguidos o no, del retorno de un comportamiento determinado al nivel previo al tratamiento.

Recidiva

Es la primera violación a la regla, supone el primer consumo, un único trago de alcohol después de un periodo de abstinencia. La recidiva o resbalón, es un obstáculo o un retroceso en el intento de una persona de cambiar o modificar una conducta concreta.

El comportamiento subsecuente en el que el consumo puede incrementarse hasta el nivel original previo al tratamiento (recaída) supone el uso continuado de la sustancia después de este resbalón

Recaída

Se define como cualquier violación personal de una regla autoimpuesta o de reglas que se asocian con un comportamiento, como lo es la abstinencia al consumo de sustancias. Este comportamiento se viola en el momento en el que existe un evento único de consumo.



¿Cómo detectar que hay riesgo de una recaída?

Entre la recidiva y la recaída se dan una serie de procesos cognitivos que se asociarán con la vuelta al consumo. Estos procesos se explican a continuación:

Autoeficacia

En el contexto del TCS, es la capacidad percibida que tiene la persona para mantenerse sin consumir una vez que ha conseguido la abstinencia (Heather & Stockwell, 2003). La evidencia indica que bajos niveles de autoeficacia predicen la aparición de un resbalón, y que niveles de autoeficacia más bajos posteriores a la resbalón predicen el regreso a consumos similares previos a la abstinencia (Gwaltney et al., 2001; Shiffman et al., 2000).



Expectativas de resultado

Son los efectos anticipados (a nivel físico, psicológico o conductual) que un individuo espera obtener tras el consumo. Las expectativas de resultado se basan en experiencias pasadas, donde el sujeto supone que, al consumir, la situación emocional, social o ambiental mejorará. De esta forma, al tener una situación en particular, las expectativas de resultado incrementarán, las consecuencias negativas disminuirán y el sujeto tendrá mayores probabilidades de recaída.



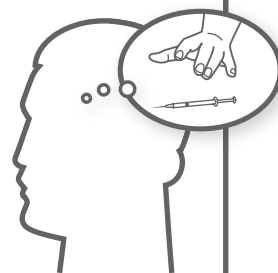
Estados emocionales displacenteros

Los estados emocionales displacenteros (enojo, irritabilidad, estrés, ansiedad, tristeza, y frustración) y la dificultad para manejarlos, están asociados significativamente con el riesgo de recaída (Piasecki, 2006; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel, & Hickcox, 1996). Estos estados emocionales pueden ser causados por percepciones sobre situaciones internas o por sobre reacciones al contexto (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999).



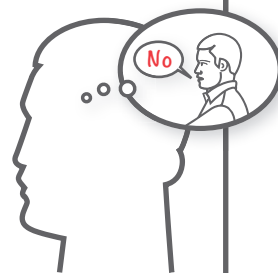
Craving

El deseo de una gratificación inmediata puede tomar varias formas, algunas personas pueden experimentarlo como la urgencia por consumir la sustancia, mientras que los clínicos lo consideran como estados psicológicos. El modelo de Prevención de Recaídas propone que ambas "urgencias" son provocadas por factores psicológicos y ambientales. Estas "urgencias" o "antojos" continuos pueden llegar a quebrantar el compromiso para mantener la abstinencia.



Efecto de violación de la abstinencia

Es una respuesta emocional que presentan algunas personas cuando ocurre un resbalón de alcohol o sustancias. Quienes atribuyen su consumo a una falla personal, probablemente experimenten estados emocionales displacenteros que pueden llevar a la persona a incrementar su consumo para hacer frente a estos estados emocionales. Si las personas perciben que esos estados emocionales están fuera de su control, es más probable que ocurra la recaída.



Estrategias para prevenir recaídas

Los TCS al igual que otros trastornos mentales (depresión, ansiedad, psicosis, TDAH, etc.) y otras enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad, y la hipertensión, son padecimientos que por su naturaleza son susceptibles a presentar tasas de recaída

Entrenamiento en habilidades

El factor predictivo más importante de la recaída es la capacidad del individuo de utilizar estrategias cognitivas y conductuales eficaces en situaciones de alto riesgo. Una persona que utiliza estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones de riesgo – por ejemplo, alejarse de un lugar (estrategia conductual) o tener una auto plática positiva (estrategia cognitiva) – reduce el peligro de recaída, a diferencia de una persona que no utiliza estrategias de afrontamiento adecuadas

Quienes perciben una falla personal, requieren recibir un entrenamiento en habilidades de afrontamiento encaminado en hacer ver que la caída está asociada a múltiples factores, que son controlables y que ocurren en situaciones específicas. De este modo, las personas podrán anticipar y hacerles frente.

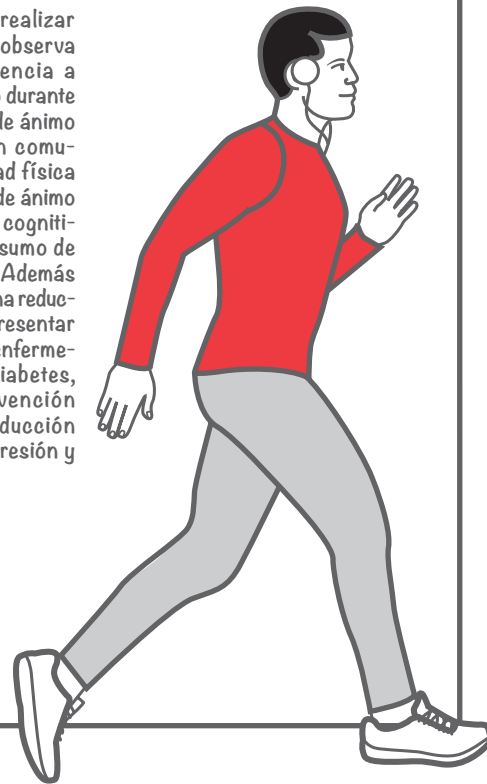
Habilidades de afrontamiento (incrementar actividades agradables; manejo del enojo y pensamientos negativos; resolución de problemas y decisiones aparentemente irrelevantes) son útiles para prevenir una recaída.



Estilos de vida saludables

El estilo de vida de muchas personas con consumo de sustancias se caracteriza por desempleo, hogar inestable, dificultades económicas y relaciones interpersonales centradas en la sustancia; estas conductas se asocian con el mantenimiento e incremento del consumo. Diversos estudios indican que cambiar una o más conductas del estilo de vida puede modificar el consumo de sustancias.

Otro beneficio de realizar actividad física se observa durante la abstinencia a sustancias, episodio durante el cual los estados de ánimo displacenteros son comunes, pues la actividad física mejora los estados de ánimo y el funcionamiento cognitivo asociado al consumo de sustancias crónico. Además está asociada con una reducción del riesgo de presentar muerte prematura, enfermedad del corazón, diabetes, hipertensión, prevención de sobrepeso y reducción de síntomas de depresión y ansiedad.



Referencias

- Adams, P. J., & Warren, H. (2010). Responding to the risks associated with the relapse of recovering staff members within addiction services. *Substance Use & Misuse*, 45(6), 951–967. <https://doi.org/10.3109/10826080903442810>
- Angelucci, F., Ricci, V., Pomponi, M., Conte, G., Mathé, A. A., Attilio Tonali, P., & Bria, P. (2007). Chronic heroin and cocaine abuse is associated with decreased serum concentrations of the nerve growth factor and brain-derived neurotrophic factor. *Journal of Psychopharmacology*, 21(8), 820–825. <https://doi.org/10.1177/0269881107078491>
- Bock, B. C., Marcus, B. H., King, T. K., Borrelli, B., & Roberts, M. R. (1999). Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 24(3), 399–410. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00088-4](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00088-4)
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., ... Gordon, A. A. (2010). A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental Health and Physical Activity*, 3(1), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2010.03.001>
- Buchowski, M. S., Meade, N. N., Charboneau, E., Park, S., Dietrich, M. S., Cowan, R. L., & Martin, P. R. (2011). Aerobic exercise training reduces cannabis craving and use in non-treatment seeking cannabis-dependent adults. *PLoS ONE*, 6(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017465>
- Center for Substance Abuse Treatment, & Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1999). Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 35: Enhancing Motivation For Change in Substance Abuse Treatment. Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), U.S. Department of Health and Human Services.
- Collins, R. L., & Lapp, W. M. (1991). Restraint and attributions: Evidence of the abstinence violation effect in alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 15(1), 69–84. <https://doi.org/10.1007/BF01172943>
- Collins, S., & Witkiewitz, K. (2013). Abstinence Violation Effect. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_623
- Connors, G. J., Maisto, S. A., & Zywiak, W. H. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91(12s1), 173–190. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.8.x>
- Daley, D. C. (1993). *Addiction Recovery Workbooks for Recovering Alcohol and Drug Dependent Persons*. Daley Recovery Publications. Retrieved from <https://www.drdeniscdaley.com/product-page/relapse-prevention-workbook-for-recovering-alcoholics-drug-dependent-person>
- Galanter, M., & Kleber, H. D. (2004). *Textbook of Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing. Retrieved from https://www.abebooks.com/9781585620999/American-Psychiatric-Publishing-Textbook-Substance-1585620998/plp?cm_sp=plped-_1-_image
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Norman, G. J., Paty, J. A., Kassel, J. D., Gnys, M., ... Balabanis, M. (2001). Does smoking abstinence self-efficacy vary across situations? Identifying context-specificity within

- the Relapse Situation Efficacy Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 516–527. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11495181>
- Heather, N., & Stockwell, T. (2003). *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. Wiley. Retrieved from <https://www.wiley.com/en-us/The+Essential+Handbook+of+Treatment+and+Prevention+of+Alcohol+Problems-p-9780470862964>
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011, July 19). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2001). *Principios de Tratamiento para la Drogadicción. Una Guía Basada en las Investigaciones*. (Institutos Nacionales de Salud, Ed.) (Segunda edición). Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>
- Larimer, M.E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model - PubMed, 23. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10890810/>
- Larimer, Mary E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's Cognitive-Cehavioral Model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151–160. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>
- Marlatt, A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In A. Marlatt & D. Donovan (Eds.), *Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems*. The Guilford Press. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2005-08721-001>
- Marlatt, G. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (pp. 128–200).
- Philadelphia Department of Behavioral Health, Intellectual disAbility Services, & Great Lakes Addiction Technology Transfer Center. (2012). *Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011*. Center for Substance Abuse Treatment. Retrieved from https://www.naadac.org/assets/2416/whitewl2012_recoveryremission_from_substance_abuse_disorders.pdf
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Retrieved July 2, 2021, from <https://health.gov/our-work/physical-activity/current-guidelines/scientific-report>
- Piasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 196–215. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.007>
- Samet, S., Fenton, M. C., Nunes, E., Greenstein, E., Aharonovich, E., & Hasin, D. (2013). Effects of independent and substance-induced major depressive disorder on remission and relapse of alcohol, cocaine and heroin dependence. *Addiction* (Abingdon, England), 108(1), 115–123. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04010.x>
- Shiffman, S, Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. A., & Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking: within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 366–379. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8871421>

- Shiffman, Saul, Balabanis, M. H., Paty, J. A., Engberg, J., Gwaltney, C. J., Liu, K. S., ... Paton, S. M. (2000). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapse and relapse. *Health Psychology*, 19(4), 315–323. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.4.315>
- Stephens, R. S., Curtin, L., Simpson, E. E., & Roffman, R. A. (1994). Testing the abstinence violation effect construct with marijuana cessation. *Addictive Behaviors*, 19(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90048-5)
- Substance Abuse, H., & Health Services Administration, M. (2009). *Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What do we know from the research?* Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from https://www.naadac.org/assets/2416/sheedyckwhitterm2009_guiding_principles_and_elements.pdf
- Yokoyama, A., Matsushita, S., Toyama, T., Nakayama, H., Takimura, T., Kimura, M., ... Yokoyama, T. (2015). [Relapse prevention program consisting of coping skills training, cue exposure treatment, and letter therapy for Japanese alcoholic men who relapsed after standard cognitive-behavioral therapy]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi = Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*, 50(2), 88–103.

Capítulo 8.

Rehabilitación integral

La rehabilitación de los TCS es un proceso activo y dinámico que se caracteriza por ser: personalizado, no lineal, gradual, multidimensional, multietápico, multidisciplinario y multicomponente (Leamy, Bird, Boutillier, Williams, & Slade, 2011). La evidencia ha demostrado que no existe un tratamiento universal para los TCS que atienda todas las particularidades y necesidades de las personas afectadas por este trastorno, ya que hay que tomar en cuenta el estado general de salud, la gravedad de la adicción, los trastornos co-ocurrentes, el tipo de sustancia(s), género, dinámica familiar, problemas legales, financieros, motivación al cambio, entre otras variables. Asimismo, es frecuente que las personas que buscan ayuda y sus familiares tengan expectativas sobrevaloradas sobre la rehabilitación ya que esperan un proceso rápido y sin recaídas.

Como muchos padecimientos crónicos los TCS requieren de un periodo de tiempo para desarrollarse, proceso en el que interactúan múltiples factores, es por ello que su rehabilitación también requiere de un proceso complejo, gradual y a largo plazo (Donovan, Ingalsbe, Benbow, & Daley, 2013). De ahí que se estime que poco más del 50% de las personas con algún TCS logre una rehabilitación exitosa (Substance Abuse & Health Services Administration, 2014).

Definir qué es una rehabilitación exitosa es tarea compleja ya que existe una larga tradición que considera como parámetro de éxito la abstinencia sostenida, aun cuando muchos clínicos e investigadores informan que la abstinencia sostenida es prácticamente imposible para muchas personas (al menos en las primeras etapas de la rehabilitación) debido al nivel de gravedad de la adicción. Es por ello que, la disminución del consumo, la reducción de daños potenciales (accidentes, infecciones de transmisión sexual, etc.), el mejoramiento del funcionamiento psicosocial, y la calidad de vida, también pueden ser indicadores de éxito (Tiffany, Friedman, Greenfield, Hasin, & Jackson, 2012), de ahí que se espera que la rehabilitación atienda múltiples dimensiones de la persona (física, mental, familiar, social, escolar, laboral/financiera y espiritual).

Rehabilitación vs Recuperación

Es común utilizar de manera indistinta los conceptos de rehabilitación y recuperación, pero no son lo mismo. La rehabilitación se refiere al proceso orientado a facilitar el mejoramiento y mantenimiento óptimo de las distintas dimensiones afectadas por los TCS, mediante el empleo de intervenciones (psicológi-

cas y médicas) y tecnologías basadas en evidencia científica, con la finalidad de reintegrar al individuo a la cotidianidad de la vida de forma más adaptativa e independiente (WHO, 2010; Deegan, 1998). Por su parte, la recuperación se refiere a la experiencia personal de aceptación y superación de los desafíos propios de la discapacidad generada por los TCS. Podría decirse que la recuperación apunta la forma en que se desarrollan e integran los servicios de rehabilitación y proporciona un enfoque humanista para la prestación de servicios (Mental Health & Substance Abuse Division, Government of South Australia, 2012).

Etapas de la rehabilitación

El proceso de rehabilitación se integra por cuatro etapas básicas: 1) estabilización, 2) rehabilitación temprana, 3) rehabilitación intermedia y 4) rehabilitación avanzada (Daley, & Moos, 2002).

1. Estabilización. Se centra en la atención de los síntomas agudos relacionados con el TCS mediante la desintoxicación de las sustancias de abuso, la atención de la sintomatología psiquiátrica co-ocurrente y del estado general de salud. La duración de esta etapa oscila entre una y tres semanas.

2. Rehabilitación temprana. Ocurre durante los primeros 12 meses del proceso y se centra en conseguir la adherencia al tratamiento integral, así como en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento para el manejo del tiempo libre, habilidades de comunicación, manejo de emociones, conformación de una red de apoyo social positiva, esta-

blecimiento de metas de vida, entre otras, con la finalidad de reducir el riesgo de una recaída. A pesar de esto, en esta etapa las reincidencias en el consumo de sustancias suelen ocurrir y se busca que sean vistas como oportunidades de crecimiento en lugar de fracasos.

3. Rehabilitación intermedia. Se caracteriza por una mayor capacidad de la persona para implementar las habilidades de afrontamiento aprendidas y, de esta manera, hacer frente a las responsabilidades de la vida cotidiana y a los disparadores de consumo que pueden poner en riesgo la abstinencia conseguida por la persona. Esta etapa ocurre entre el primer y el quinto año del proceso de rehabilitación.

4. Rehabilitación avanzada.

Inicia después de los cinco años; en esta etapa se espera que la persona haya iniciado y mantenido diversas conductas saludables que le permitan contar con una vida más estable y alejada del consumo de sustancias.

Es importante tomar en cuenta que la rehabilitación será diferente en cada individuo, así como el tiempo requerido para alcanzarla. Esto dependerá de la gravedad del TCS, de los trastornos co-ocurrentes existentes, y de los problemas asociados. Estos tres aspectos también se asocian e impactan en la motivación al cambio, misma que es importante para alcanzar el éxito de la rehabilitación integral (Flynn, Joe, Broome, Simpson, & Brown, 2003; Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; UK Drug Policy Commission, 2008).

Rehabilitación vs Recuperación

Rehabilitación.

Proceso orientado a facilitar el mejoramiento y mantenimiento óptimo de las distintas dimensiones afectadas por los TCS, mediante el empleo de intervenciones (psicológicas y médicas) y tecnologías basadas en evidencia científica, con la finalidad de reintegrar al individuo a la cotidianidad de la vida de forma más adaptativa e independiente.

Recuperación.

Experiencia personal de aceptación y superación de los desafíos propios de la discapacidad generada por los TCS. Podría decirse que la recuperación apunta la forma en que se desarrollan e integran los servicios de rehabilitación y proporciona un enfoque humanista para la prestación de servicios.



¿Qué modalidades de tratamiento existen?

Todo proceso de rehabilitación debe de iniciar con buen diag-

nóstico para identificar en el paciente: su estado general de salud, problemas asociados al consumo, la severidad de la sintomatología adictiva y psiquiátrica co-ocurrente. Esto con la finalidad de elegir la mejor modalidad de tratamiento disponible que se adapte a las necesidades específicas del paciente.

De ahí que existan diversas modalidades de tratamiento, y que estas a su vez persiguen distintos objetivos:

1. Ambulatoria

a. Consulta externa: esta se refiere a la clásica visita al médico o al psicólogo (que puede enfocarse al diagnóstico o al seguimiento).

b. Hospital de día: es una modalidad de la consulta externa intensiva, ya que integra múltiples componentes de la rehabilitación como: sesiones individuales, grupales, familiares, médicas, etc., pero sin que el paciente pernocte en las instalaciones (American Addiction Centers, 2021).

2. Residencial

a. Corta estancia: por lo general tienen una extensión breve que van de 1 a 2 semanas, con el objetivo de desintoxicar y estabilizar al paciente, no obstante si la severidad de los síntomas lo amerita el periodo puede extenderse.

b. Mediana estancia: La gran mayoría de estos modelos se basan en el “Modelo Minnesota”, tienen una extensión aproximada de 4 a 6 semanas, y se focalizan en desintoxicar y psicoeducar intensivamente al paciente. Es difícil en casillar a este modelo pues las clínicas después de décadas de prueba y error han ido haciendo modificaciones al modelo “Modelo Minnesota” original (NIDA, 2018).

c. Larga estancia: A este modelo se lo conoce más como de comunidad terapéutica que en el mejor de los casos es asistida por profesionales de la salud, ya que muchas carecen de ese soporte. Ofertan una extensión que va de los 3 a los 12 meses y cuyos objetivos se centran en la modificación conductual y cognitiva del pa-

ciente. Toda la comunidad actúa como agentes clave de cambio e influyen en la actitud, entendimiento y conducta de los pacientes con respecto al consumo de sustancias, y la resolución de los conflictos en el día a día (NIDA, 2018).

d. Medio camino: Conocidas como casas de medio camino, están focalizadas a la reinserción del paciente, acompañándolo en el proceso de ajustarse al mundo real (casa, familia, escuela, trabajo, etc.). Estos modelos pueden estar asistidos por personal de salud pero en su mayoría no lo están y las estancias pueden variar de meses a años.

Es importante tener en cuenta que actualmente en el mercado de los tratamientos de los TCS hay una extensa diversidad, sin embargo, para efectos del presente capítulo solo se han descrito modalidades de enfoque profesional.

¿Cuáles son los componentes de la rehabilitación integral?

Debido a que los TCS son padecimientos multidimensionales y complejos, requieren de tratamientos sofisticados que consideren la asistencia multidisciplinaria y de modelos multicomponente: atención médica general y especializada (ejm. psiquiatría y medicina interna), soporte nutricional y de acondicionamiento físico, orientación sobre servicios sociales y legales, grupos de ayuda-mutua (ejm. Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos), y un repertorio de intervenciones psicológicas multimodales (ejm. individual, grupal, familiar y de pareja) y multienfoque (ejm. psicoeducativo, manejo de las emociones, desarrollo de habilidades de afrontamiento, centrado en soluciones, prevención de recaídas, etc.).

¿Qué barreras existen para acceder a tratamiento?

La utilización oportuna de los servicios de salud para el tratamiento de los TCS y sus trastornos co-ocurrentes está asociado con mejores resultados para ambas condiciones mentales (Wong & Silverman, 2007). El primer paso es establecer el contacto inicial con los servicios de salud una vez que inicia el

trastorno. Sin embargo, diversos estudios reportan que las personas con algún TCS tardan entre 4 y 12 años para realizar el primer contacto con los servicios de salud (Habibi, Nikbakht Nasrabadi, Shabany Hamedan, & Saleh Moqadam, 2016), mientras que aquellos con otros trastornos psiquiátricos (OTP) tardan entre 6 y 8 años para trastornos del estado de ánimo (como depresión, trastorno bipolar y distimia), y entre 9 y 23 años para trastornos de ansiedad (Pashaei et al., 2013).

Esta situación está relacionada con mayor gravedad de los síntomas asociados a ambas condiciones, deterioro en la calidad de vida de las personas (Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003), número de días vividos con discapacidad y muerte prematura (Borges, Wang, Medina-Mora, Lara, & Chiu, 2007).

Los científicos han buscado las razones por las cuales las personas demoran en acceder a los servicios de salud y han encontrado que las personas con algún TCS u OTP primero buscan ayuda con su red de apoyo social o recurren a la automedicación, y posteriormente solicitan ayuda en los servicios de salud especializados (Wang et al., 2005). Adicional a esto, se han reportado barreras que dificultan el acceso a tratamiento:

Actitudes y creencias personales. Uno de los principales motivos por los cuales las personas con algún TCS no buscan tratamiento es porque perciben una baja necesidad para hacerlo (Millman, 1993), debido a que experimentan menos emociones negativas, utilizan la sustancia con menor frecuencia, reportan un menor número de problemas asociados a su consumo y tienen pocos amigos consumidores (Frenk, Lozano, & González, 1994). Otros motivos se asocian con creencias sobre la eficacia limitada de los tratamientos o que estos no responden de manera adecuada a las necesidades de los pacientes (Medina-Mora et al., 2003), creencias de que la ayuda profesional no es necesaria para dejar de consumir o actitudes negativas hacia el personal de salud (Frenk et al., 1994; Mojtabai et al., 2011). Adicionalmente, se ha reportado que las creencias sobre el estigma que puede generar la asistencia a tratamiento son barreras de acceso, aunque menos frecuentes (Digiusto & Treloar, 2007; Eide et al., 2015).

Factores estructurales. Esta categoría se refiere a los costos económicos del tratamiento. Se ha reportado que las personas con menores ingresos tienen menor probabilidad de asistir a tratamiento, que aquellas con mayores ingresos (Bobrova et al., 2006; Digiusto & Treloar, 2007). Esta situación se complica si se carece de algún seguro médico que cubra los costos (Venner et al., 2012).

Disponibilidad de servicios. Entre los motivos que se incluyen en esta categoría se encuentran la falta de transporte para asistir a los centros de tratamiento y localización de estos, horarios poco flexibles y número de citas limitado (McCoy, Metsch, Chitwood, & Miles, 2001; Priester et al., 2016; Saldivia, Vicente, Kohn, Rioseco, & Torres, 2004; Wells, Robins, Bushnell, Jarosz, & Oakley-Browne, 1994).

1. Estabilización

Duración de entre **una y tres semanas**.

Se centra en la atención de los síntomas agudos relacionados con el TCS mediante la desintoxicación de las sustancias de abuso, la atención de la sintomatología psiquiátrica co-ocurrente y del estado general de salud.

Rehabilitación Integral

La evidencia ha demostrado que no existe un tratamiento universal para los TCS, ya que hay que tomar en cuenta el estado general de salud, la gravedad de la adicción, los trastornos co-ocurrentes, el tipo de sustancia(s), género, dinámica familiar, problemas legales, financieros, motivación al cambio, entre otras variables.

2. Rehabilitación temprana

Ocurre durante los **primeros 12 meses**

Se centra en conseguir la adherencia al tratamiento integral, así como en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento para el manejo del tiempo libre, habilidades de comunicación, manejo de emociones, conformación de una red de apoyo social positiva, establecimiento de metas de vida, entre otras, con la finalidad de reducir el riesgo de una recaída. En esta etapa las reincidencias en el consumo de sustancias suelen ocurrir y se busca que sean vistas como oportunidades de crecimiento en lugar de fracasos.

Existe una larga tradición que considera como parámetro de éxito la abstinencia sostenida, aun cuando muchos clínicos e investigadores informan que la abstinencia sostenida es prácticamente imposible para muchas personas (al menos en las primeras etapas de la rehabilitación) debido al nivel de gravedad de la adicción.

Etapas de la rehabilitación

Los TCS requieren de un periodo de tiempo para desarrollarse, proceso en el que interactúan múltiples factores, es por ello que su rehabilitación también requiere de un proceso complejo, gradual y a largo plazo. El proceso de rehabilitación se integra por cuatro etapas básicas:

3. Rehabilitación intermedia

Ocurre entre el **primer y el quinto año**

Se caracteriza por una mayor capacidad de la persona para implementar las habilidades de afrontamiento aprendidas y, de esta manera, hacer frente a las responsabilidades de la vida cotidiana y a los disparadores de consumo que pueden poner en riesgo la abstinencia conseguida por la persona.

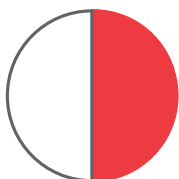
No

Después del 5° año

4. Rehabilitación avanzada

Inicia después de los **cinco años**

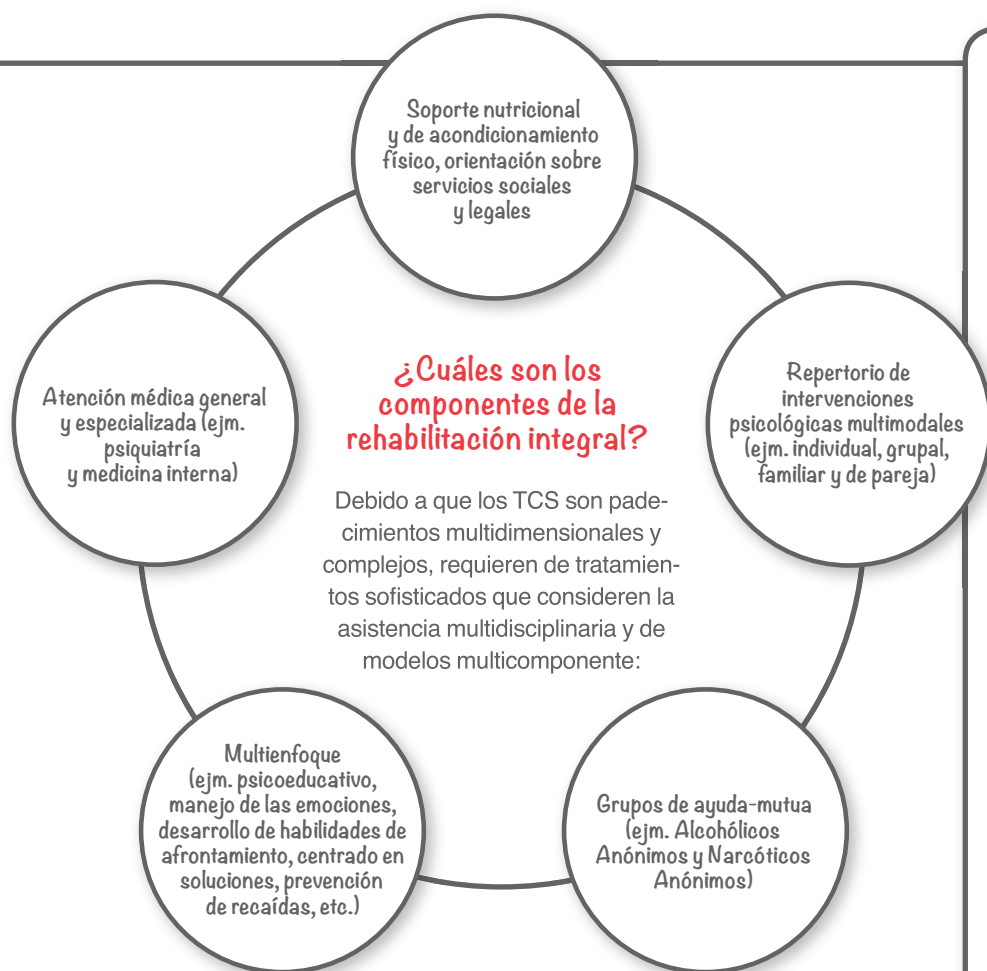
En esta etapa se espera que la persona haya iniciado y mantenido diversas conductas saludables que le permitan contar con una vida más estable y alejada del consumo de sustancias.



Se estima que poco más del **50%** de las personas con algún TCS logre una rehabilitación exitosa

La rehabilitación de los TCS es un proceso activo y dinámico que se caracteriza por ser:





Rehabilitación vs Recuperación

Es común utilizar de manera indistinta los conceptos de rehabilitación y recuperación, pero no son lo mismo.

Rehabilitación

Se refiere al proceso orientado a facilitar el mejoramiento y mantenimiento óptimo de las distintas dimensiones afectadas por los TCS, mediante el empleo de intervenciones (psicológicas y médicas) y tecnologías basadas en evidencia científica, con la finalidad de reintegrar al individuo a la cotidianidad de la vida de forma más adaptativa e independiente.

Recuperación

La experiencia personal de aceptación y superación de los desafíos propios de la discapacidad generada por los TCS. Podría decirse que la recuperación apunta la forma en que se desarrollan e integran los servicios de rehabilitación y proporciona un enfoque humanista para la prestación de servicios.

La disminución del consumo, la reducción de daños potenciales, el mejoramiento del funcionamiento psicosocial, y la calidad de vida pueden ser indicadores de éxito, de ahí que se espera que la rehabilitación atienda múltiples dimensiones de la persona (física, mental, familiar, social, escolar, laboral/ financiera y espiritual).



¿Qué modalidades de tratamiento existen?

Todo proceso de rehabilitación debe de iniciar con buen diagnóstico para identificar en el paciente: su estado general de salud, problemas asociados al consumo, la severidad de la sintomatología adictiva y psiquiátrica co-ocurrente. Esto con la finalidad de elegir la mejor modalidad de tratamiento disponible que se adapte a las necesidades específicas del paciente.

1. Ambulatoria

a. Consulta externa: esta se refiere a la clásica visita al médico o al psicólogo (que puede enfocarse al diagnóstico o al seguimiento).

b. Hospital de día: es una modalidad de la consulta externa intensiva, ya que integra múltiples componentes de la rehabilitación como: sesiones individuales, grupales, familiares, médicas, etc., pero sin que el paciente pernocte en las instalaciones.

2. Residencial

a. Corta estancia: por lo general tienen una extensión breve que van de 1 a 2 semanas, con el objetivo de desintoxicar y estabilizar al paciente, no obstante si la severidad de los síntomas lo amerita el periodo puede extenderse.

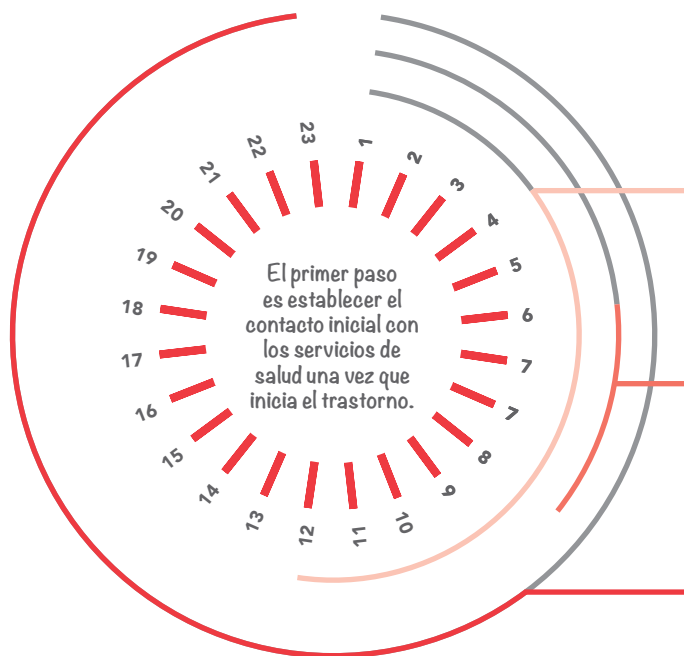
b. Mediana estancia: La gran mayoría de estos modelos se basan en el "Modelo Minnesota", tienen una extensión aproximada de 4 a 6 semanas, y se focalizan en desintoxicar y psicoeducar intensivamente al paciente. Es difícil encajar a este modelo pues las clínicas después de décadas de prueba y error han ido haciendo modificaciones al modelo "Modelo Minnesota" original (NIDA, 2018).

c. Larga estancia: Se lo conoce más como de comunidad terapéutica que en el mejor de los casos es asistida por profesionales de la salud, ya que muchas carecen de ese soporte. Oferten una extensión que va de los 3 a los 12 meses y cuyos objetivos se centran en la modificación conductual y cognitiva del paciente. Toda la comunidad actúa como agentes clave de cambio e influyen en la actitud, entendimiento y conducta de los pacientes con respecto al consumo de sustancias, y la resolución de los conflictos en el día a día.

d. Medio camino: Conocidas como casas de medio camino, están focalizadas a la reinserción del paciente, acompañándolo en el proceso de ajustarse al mundo real (casa, familia, escuela, trabajo, etc.). Estos modelos pueden estar asistidos por personal de salud pero en su mayoría no lo están y las estancias pueden variar de meses a años.

¿Qué barreras existen para acceder a tratamiento?

La utilización oportuna de los servicios de salud para el tratamiento de los TCS y sus trastornos co-ocurrentes está asociado con mejores resultados para ambas condiciones mentales



Diversos estudios reportan que

entre 4 y 12 años tardan las personas con algún TCS para realizar el primer contacto con los servicios de salud

entre 6 y 8 años tardan las personas con trastornos del estado de ánimo (como depresión, trastorno bipolar y distimia) para realizar el primer contacto con los servicios de salud

entre 9 y 23 años tardan las personas para trastornos de ansiedad para realizar el primer contacto con los servicios de salud

Esta situación está relacionada con mayor gravedad de los síntomas asociados a ambas condiciones, deterioro en la calidad de vida de las personas, número de días vividos con discapacidad y muerte prematura.

Los científicos han encontrado que las razones por las cuales las personas con algún TCS u OTP demoran en acceder a los servicios de salud es que primero buscan ayuda con su red de apoyo social o recurren a la automedicación, y posteriormente solicitan ayuda en los servicios de salud especializados.

Adicional a esto, se han reportado barreras que dificultan el acceso a tratamiento:

Actitudes y creencias personales

Uno de los principales motivos es porque perciben una baja necesidad para hacerlo, debido a que experimentan menos emociones negativas, utilizan la sustancia con menor frecuencia, reportan un menor número de problemas asociados a su consumo y tienen pocos amigos consumidores. Otros motivos se asocian con creencias sobre la eficacia limitada de los tratamientos o que estos no responden de manera adecuada a las necesidades de los pacientes, que la ayuda profesional no es necesaria para dejar de consumir o actitudes negativas hacia el personal de salud, y sobre el estigma que puede generar la asistencia a tratamiento.

Factores estructurales

Esta categoría se refiere a los costos económicos del tratamiento. Se ha reportado que las personas con menores ingresos tienen menor probabilidad de asistir a tratamiento, que aquellas con mayores ingresos. Esta situación se complica si se carece de algún seguro médico que cubra los costos.

Disponibilidad de servicios

Entre los motivos que se incluyen en esta categoría se encuentran la falta de transporte para asistir a los centros de tratamiento y localización de estos, horarios poco flexibles y número de citas limitado.



Referencias

- American Addiction Centers (2021). Partial Hospitalization or Day Treatment Programs for Substance Abuse. Retrieved from <https://www.recovery.org/drug-treatment/partial-hospitalization/>
- Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221–8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.06.001>
- Bobrova, N., Rhodes, T., Power, R., Alcorn, R., Neifeld, E., Krasiukov, N., ... Maksimova, S. (2006). Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(1), S57-63. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16769447>
- Borges, G., Wang, P. S., Medina-Mora, M. E., Lara, C., & Chiu, W. T. (2007). Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*, 97(9), 1638–1643. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.090985>
- Daley, D. & Moss, H. (2002). *Dual Disorder: Counseling Clients with Chemical Dependency and Mental Illness*. (3rd. Ed.) Minnesota: Hazelden.
- Deegan, P. (1998). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4): 11.
- Digiusto, E., & Treloar, C. (2007). Equity of access to treatment, and barriers to treatment for illicit drug use in Australia. *Addiction*, 102(6), 958–969. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01842.x>
- Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 313–32. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774663>
- Eide, A. H., Mannan, H., Khogali, M., Van Rooy, G., Swartz, L., Munthali, A., ... Dyrstad, K. (2015). Perceived barriers for accessing health services among individuals with disability in four African countries. *PLoS ONE*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125915>
- Frenk, J., Lozano, R., & González, M. (1994). *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud. Retrieved from https://books.google.com.mx/books/about/Economía_y_salud.html?id=BN2DHAAACAAJ&redir_esc=y
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(3), 177–86. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14670523>
- Habibi, R., Nikbakht Nasrabadi, A., Shabany Hamedan, M., & Saleh Moqadam, A. (2016). The Effects of Family-Centered Problem-Solving Education on Relapse Rate, Self Efficacy and Self Esteem Among Substance Abusers. *International Journal of High-Risk Behaviors & Addiction*, 5(1), e24421. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.24421>

- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. Le, Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- McCoy, C. B., Metsch, L. R., Chitwood, D. D., & Miles, C. (2001). Drug use and barriers to use of health care services. *Substance Use & Misuse*, 36(6–7), 789–806. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11697611>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ... Aguilar, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4). Retrieved from http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/articulos/encuesta_patologia_mental.pdf
- Mental Health & Substance Abuse Division, Government of South Australia (2012). *The Framework for recovery-oriented rehabilitation in mental health care*. Adelaide SA: Australia. ISBN: 978-1-74243-337-0
- Millman, M. (1993). *Access to Health Care in America*. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/2009>
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., ... Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002291>
- Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. London: Guilford Press. Retrieved from <https://www.guilford.com/books/Integrated-Treatment-for-Dual-Disorders/Mueser-Noordsy-Drake-Smith/9781572308503/reviews>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. Third edition. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services.
- Pashaei, T., Shojaeizadeh, D., Rahimi Foroushani, A., Ghazitabatabae, M., Moeeni, M., Rajati, F., & M Razzaghi, E. (2013). Effectiveness of Relapse Prevention Cognitive-Behavioral Model in Opioid-Dependent Patients Participating in the Methadone Maintenance Treatment in Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 896–902. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26056645>
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47–59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., & Torres, S. (2004). Use of Mental Health Services in Chile. *Psychiatric Services*, 55(1), 71–76. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.1.71>
- Substance Abuse & Mental Health Services Administration. (2014). *National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS)*. Retrieved July 5, 2018, from <https://www.dasis.samhsa.gov/dasis2/nssats.htm>
- Tiffany ST, Friedman L, Greenfield SF, Hasin DS, Jackson R. Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction*. 2012 Apr;107(4):709-18. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03581.x.

- UK Drug Policy Commission. (2008). The UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group BACKGROUND. London: UK Drug Policy Commission. Retrieved from [http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Policy report - A vision of recovery_ UKDPC recovery consensus group.pdf](http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Policy%20report%20-%20A%20vision%20of%20recovery_UKDPC%20recovery%20consensus%20group.pdf)
- Venner, K., Greenfield, B., Vicuña, B., Muñoz, R., Bhatt, S., & O'Keefe, V. (2012). I'm not one of them: barriers to help-seeking among American Indians with alcohol dependence. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 18(4), 352–62. <https://doi.org/10.1037/a0029757>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 603–13. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>
- Wells, J. E., Robins, L. N., Bushnell, J. A., Jarosz, D., & Oakley-Browne, M. A. (1994). Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(4), 155–64. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7939964>
- Wong, C. J., & Silverman, K. (2007). Establishing and maintaining job skills and professional behaviors in chronically unemployed drug abusers. *Substance Use & Misuse*, 42(7), 1127–40. <https://doi.org/10.1080/10826080701407952>
- World Health Organization (2010). Health Topics, Rehabilitation. Retrieved from www.who.int/topics/rehabilitation/en

Capítulo 9.

Plan de tratamiento

Es frecuente que las personas que reciben atención por el consumo de sustancias requieran más de una ronda de tratamiento integral para conseguir una abstinencia en el largo plazo. A pesar de esto, se estima que sólo el 58% de las personas con algún TCS alcanzará una rehabilitación exitosa (Substance Abuse & Health Services Administration, 2009).

Para incrementar las probabilidades de éxito del tratamiento, se ha planteado una serie de principios que plantea, entre otras cosas, la importancia de planificar un tratamiento que esté fácilmente disponible en todo momento, se ajuste a las múltiples necesidades de cada persona, y que incorpore diversos servicios encaminados en reducir el impacto negativo que el consumo de sustancias generó sobre las áreas o dimensiones de vida afectadas (Substance Abuse & Health Services Administration, 2018). Las dimensiones de vida a considerar se explican a continuación (Daley, 1993; 2009).

Dimensión física. Como se mencionó en el capítulo 3, el consumo prolongado de alcohol y otras sustancias de abuso merma la salud física de las personas afectadas; por tal motivo, la rehabilitación de esta dimensión debe incluir asistencia médica, nutricional y deportiva, con

el objetivo de mejorar la calidad de la salud en general.

Dimensión mental. Incluye la atención psiquiátrica y psicológica de la sintomatología co-ocurrente y de los posibles problemas psicosociales asociados. Se debe poner énfasis en la necesidad y adherencia al tratamiento farmacológico y en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, solución de problemas, reestructuración de creencias y expectativas de consumo, entre otros aspectos en el proceso de rehabilitación.

Dimensión familiar. Se busca que la persona responda por sus acciones y conductas disruptivas ante sus familiares y otros significativos, con la finalidad de mejorar las relaciones intrafamiliares e interpersonales. Para conseguir esto, se recomienda a familiares y otros significativos que se involucren en el proceso de rehabilitación a través de la psicoeducación y la orientación psicológica familiar.

Dimensión social. El consumo de sustancias impacta de manera negativa sobre las relaciones interpersonales, así como en las

actividades de ocio que se suelen realizar. La recuperación social permite aprender a resistirse al consumo, evitar personas, lugares y situaciones de alto riesgo y establecer una red de apoyo social positiva que coadyuve y fortalezca la abstinencia. Este proceso implica establecer nuevas amistades o involucrarse en actividades que no estén relacionadas con el consumo de sustancias.

Dimensión laboral/financiera. Las personas con TCS suelen bajar su rendimiento o abandonar actividades académicas y laborales, lo que impacta su sentido de productividad; por ello, la reinserción gradual a estas actividades tiene una importancia significativa. La integración de estrategias de orientación vocacional (orientación laboral y académica) puede ser benéfica para el fortalecimiento de esta dimensión.

Dimensión espiritual. Consiste en apoyarse en algún poder superior, tal como las personas lo conciben. Esto permitirá conseguir esperanza, apoyo, bienestar y fortaleza espiritual; también puede ser de gran ayuda para encontrar un significado positivo en las cosas de la vida cotidiana, sin importar los actos negativos del pasado. La asistencia a grupos de ayuda mutua basados en la filosofía de Alcohólicos Anónimos y/o Narcóticos Anónimos puede ser una alternativa estratégica en esta dimensión.

¿Qué actividades debe incluir un plan de tratamiento integral?

La recuperación/rehabilitación de los TCS implica un proceso donde la persona necesita modificar pensamientos, sentimientos y conductas para recuperar aspectos afectados y/o perdidos de las distintas dimensiones de su vida; en este sentido, la persona es el principal agente de cambio. Sin embargo, en la gran mayoría de las ocasiones, el cambio no es sencillo y se requiere la intervención profesional de distintos especialistas que asistan y guíen a lo largo del proceso. De esta forma, tanto la persona (quien se recupera), como el especialista (el que rehabilita) son mutuamente incluyentes y necesarios para la recuperación/rehabilitación (Marín-Navarrete; Pérez-López, & Valtierra-Gutiérrez, 2020).

Como se explicó en el capítulo 8, el proceso de rehabilitación está integrado por 4 etapas, y son las dos primeras las más esenciales para el establecimiento de rutinas y estilos de vida saludables. En la primera etapa (Estabilización) se enfatiza el componente médico por la necesidad de atender los síntomas agudos relacionados con el TCS y sus trastornos co-ocurrentes. Durante la segunda etapa, la rehabilitación temprana, el principal reto consiste en conseguir la adherencia al tratamiento integral, así como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para reducir el riesgo de recaída. En este sentido, se requiere planificar e integrar durante ambas etapas una estrategia que incluya diversas actividades para administrar mejor el tiempo libre, desarrollar habilidades de comunicación, gestionar adecuadamente las emociones, conformar una red de apoyo social, establecer metas de vida, entre otras cosas. Incluir estas características permitirá contar con una rutina equilibrada, funcional y satisfactoria que incremente la motivación y el compromiso con el tratamiento y con el mantenimiento de la abstinencia (Fiorentine & Hillhouse, 2000; Rojo, 2008).

¿Qué actividades son útiles para mejorar el funcionamiento general del paciente?

Hay diversas actividades que pueden ser de gran utilidad para favorecer el proceso de recuperación/rehabilitación de los TCS. Cada una de ellas dependerá del objetivo y la dimensión sobre la que se busca impactar. A continuación, se presentan algunas recomendaciones para las

Dimensiones para la rehabilitación integral

Dimensión física. Incluye asistencia médica, nutricional y deportiva.

Dimensión mental. Incluye la atención psiquiátrica y psicológica de la sintomatología co-ocurrente y de los problemas psicosociales asociados.

Dimensión familiar. Se recomienda a familiares y otros significativos que se involucren en el proceso de rehabilitación a través de la psicoeducación y la orientación psicológica.

Dimensión social. Implica establecer nuevas amistades o involucrarse en actividades que no estén relacionadas con el consumo de sustancias.

Dimensión laboral/financiera. La integración de estrategias de orientación vocacional puede ser benéfica para el fortalecimiento de esta dimensión.

Dimensión espiritual. Consiste en conseguir esperanza, apoyo, bienestar y fortaleza espiritual; puede ser de gran ayuda para encontrar un significado positivo en las cosas de la vida cotidiana.



dimensiones física, mental, familiar, social, laboral/ financiera y espiritual.

Dimensión física

Entre los planes de acción que se deben incluir en esta categoría se encuentran el cese de consumo de tabaco, mantener buenos hábitos de sueño (horario regular para dormir y despertar, evitar la cafeína 6 horas antes de dormir, usar ropa cómoda, eliminar distractores, entre otros), mantener un plan de alimentación balanceado dependiendo de las necesidades propias de cada persona, generar un plan de ejercicios físicos que incluya actividad física

al menos cinco veces por semana, generar hábitos de aseo personal, y asistir a los seguimientos médicos puntualmente (Daley, 2009).

Adicionalmente, se recomienda ampliamente desarrollar planes de acción para el manejo del deseo intenso por consumir (craving), seguir puntualmente las indicaciones médicas respecto al esquema de medicación, eliminar las prácticas sexuales de riesgo para evitar contraer o transmitir alguna infección de transmisión sexual (ITS) y realizar periódicamente pruebas de detección de VIH y otras ITS.

des para el manejo de las emociones y sentimientos, cambio de los pensamientos negativos y de consumo por otros más saludables, solución de problemas, habilidades de comunicación asertiva, y el manejo de la conducta impulsiva son parte esencial durante las primeras fases del proceso. Asistir con los profesionales de la salud mental para apoyar en la elaboración del plan de trabajo, así como de una estrategia para el seguimiento de las actividades, será fundamental para avanzar durante el proceso (Daley, 2009; Marlatt, & Witkiewitz, 2005).

Dimensión familiar

Identificar y reconocer que el consumo afectó la dinámica familiar y a cada miembro es el primer paso para trabajar en esta área. Entre las actividades que deben incluirse durante la rehabilitación temprana se encuentran: invitar a la familia a tomar sesiones conjuntas con un especialista en terapia familiar, tener conversaciones familiares sobre la adicción a sustancias y el proceso de recuperación, establecer rutinas cotidianas y compartir actividades sociales que involucren a todos los miembros de la familia. En este sentido, se espera que la calidad de las relaciones intrafamiliares mejore con la expresión de emociones y pensamientos, de muestras de apoyo y con el desarrollo de habilidades conjuntas para la solución de problemas (Daley, 2009; Pérez-López, Marín-Navarrete, Villalobos-Gallegos, Sánchez-Domínguez, Toledo-Fernández & Ambriz-Figueroa, 2018).

Otras actividades relevantes

Diario de actividades. Se recomienda contar con un registro de actividades diarias, el cual puede ser de utilidad para ordenar los pensamientos y mantener claridad de los eventos a lo largo de los días. Además, permite llevar un seguimiento de los cambios realizados y de las actividades pendientes.

Mejora del rendimiento mental. Las personas en proceso de recuperación/rehabilitación requieren generar estrategias que mejoren el funcionamiento mental o cognitivo.

Fortalecimiento de la autoestima. Para cumplir con los compromisos realizados a nivel personal e interpersonal, se requiere tener una buena relación con uno mismo. Para esto, se requiere fortalecer la imagen personal ya que, luego del consumo crónico, las personas suelen presentar sentimientos de poca valía.

Dimensión mental

Muchas personas en proceso de recuperación/rehabilitación presentan problemas de salud mental como ansiedad, depresión, déficit de atención, psicosis, entre otros. Por esto, inicialmente se requiere hacer un compromiso real con uno mismo para hacerse responsable de las conductas, emociones y pensamientos que guiarán el proceso. Posteriormente, iniciar un programa de entrenamiento en habilida-

Dimensión social

Dado que el consumo de sustancias afecta de manera significativa las relaciones interpersonales, los *hobbies* y la administración del tiempo en general, lo primero que se debe hacer es identificar y reconocer cómo fueron afectadas las actividades sociales y recreativas con la finalidad de determinar en qué medida es posible recuperar el funcionamiento. Algunas actividades ampliamente recomendables durante la rehabilitación temprana son: evitar a personas, lugares, eventos o situaciones asociadas con un alto riesgo de consumo; en caso de no conseguir evitar estas situaciones, contar con un plan de acción bien definido, decir "NO" de manera clara



y consistente cuando se presenten ofrecimientos directos o indirectos para consumir, construir una red de apoyo social positiva que apoye y promueva la recuperación/rehabilitación, involucrarse en actividades de interés y de ocio que no estén relacionadas con el consumo de sustancias (Marlatt, & Witkiewitz, 2005).

Dimensión laboral/financiera

En la mayoría de los casos, el consumo de sustancias genera problemas laborales y económicos, reflejándose en retardos, accidentes, pérdida del empleo, empeño, deudas, préstamos con intereses elevados, entre otros. Con frecuencia, estos problemas causan una carga significativa sobre la familia, particularmente si la persona en recuperación/rehabilitación es la principal fuente de ingresos. Por estos motivos, es importante hacer un balance de la situación financiera para determinar la gravedad de las dificultades económicas. Con esto, se pretende generar un plan de acción que involucre: a) encontrar un trabajo lo más pronto posible o b) aplicar para un programa de asistencia pública temporal.

Otras actividades para poner en práctica durante la recuperación/rehabilitación en esta dimensión son: tener un presupuesto establecido, hacer una reducción de gastos, llevar un registro de ingresos y de gastos, planificar las compras para evitar realizar adquisiciones excesivas o de cosas que no se necesiten, contar con una reserva de dinero para emergencias y hacer inversiones para el futuro (Substance Use/Brain Injury Bridgin Project, 2009).

Dimensión espiritual

El consumo de sustancias genera en las personas un sentimiento de pérdida en la dirección y el sentido de la vida. La recuperación/rehabilitación brinda una nueva oportunidad para cortar con esta mala racha y mejorar la calidad de la relación con uno mismo y con los demás. Algunas actividades que podrían coadyuvar en el mejoramiento de esta dimensión son: practicar la oración y la meditación, involucrarse con otros para construir una recuperación colectiva, poner en práctica la gratitud, apreciar los detalles cotidianos de la vida, involucrarse en actividades comunitarias que involucren el servi-

cio a otros, o hacer lecturas relacionadas con la espiritualidad.

Adicionalmente, asistir a grupos de ayuda mutua es un recurso ideal para la búsqueda y fortalecimiento de la espiritualidad mediante la práctica de los 12 pasos. Todos los grupos tienen un sistema de reglas y normas que permite una convivencia saludable entre sus integrantes, por lo que se promueve el respeto, la empatía, la responsabilidad, la honestidad, y la comunicación asertiva con otros (Fiorentine, & Hillhouse, 2000).

Otras actividades relevantes

Diario de actividades. Durante el proceso de rehabilitación, la persona suele estar aprendiendo mucho sobre sí mismo, su cuerpo y sobre sus pensamientos y sentimientos. Para apoyar este aprendizaje, se recomienda contar con un registro de actividades diarias, el cual puede ser de utilidad para ordenar los pensamientos y mantener claridad de los eventos a lo largo de los días. Además, permite llevar un seguimiento de los cambios realizados y de las actividades pendientes. Una alternativa al registro escrito podría ser alguna colección de fotografías o imágenes, grabaciones o cualquier referente que ayude a recordar pensamientos importantes (Substance Use/Brain Injury Bridgin Project, 2009). Algunas recomendaciones para realizar un registro de actividades diarias son:

- ✓ Concentrarse en las cosas buenas que están sucediendo.
- ✓ No preocuparse por la gramática o la ortografía.
- ✓ Silenciar al crítico interior.
- ✓ Probar dibujos o diagramas que faciliten las ideas.
- ✓ Escribir a primera hora de la mañana para planificar actividades del día.

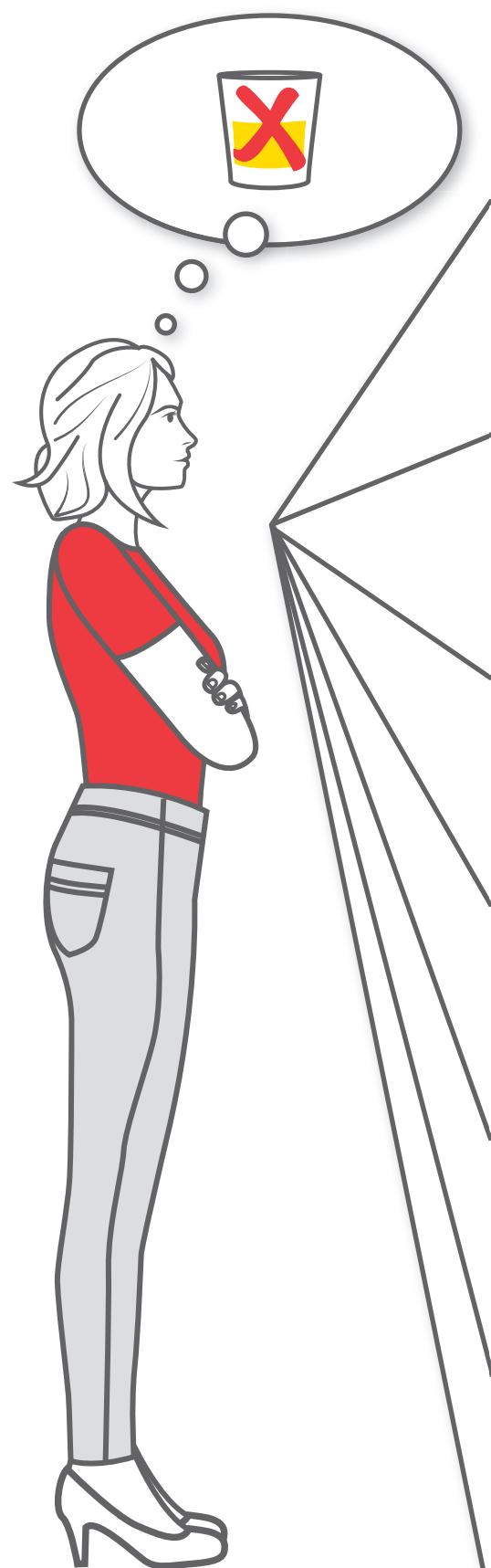
Mejora del rendimiento mental. Frecuentemente, las personas en proceso de recuperación/rehabilitación perciben que tienen dificultades para pensar con claridad, recordar eventos recientes o lejanos, aprender nueva información o mantenerse atentos durante el

día. Esto podría estar asociado con el consumo de alcohol u otras drogas de abuso. Por esto, las personas requieren generar estrategias que mejoren el funcionamiento mental o cognitivo (Substance Use/Brain Injury Bridgin Project, 2009). Algunas recomendaciones son las siguientes:

- ✓ Mantener el área de trabajo libre de distractores.
- ✓ Tomar notas con regularidad.
- ✓ Revisar el plan de actividades por la mañana y a lo largo del día.
- ✓ Informar a los otros cuando la atención se esté dificultando.
- ✓ Colocar artículos de uso regular (lentes, llaves, dinero) en algún sitio cercano a la puerta.
- ✓ Programar alarmas que recuerden eventos importantes específicos.

Fortalecimiento de la autoestima. Para cumplir con los compromisos realizados a nivel personal e interpersonal, se requiere tener una buena relación con uno mismo. Para esto es necesario fortalecer la imagen personal ya que, luego del consumo crónico, las personas suelen presentar sentimientos de poca valía (Substance Use/Brain Injury Bridgin Project, 2009). Algunas recomendaciones para conseguir esto son las siguientes:

- ✓ Cuidar el cuerpo y la apariencia de una manera que le haga sentir orgulloso.
- ✓ Hacer una lista de las fortalezas y debilidades.
- ✓ Realizar actividades en las que se es bueno.
- ✓ Ayudar a otras personas.
- ✓ Establecer y cumplir metas personales.
- ✓ Hablar sobre las cosas que podían estar generando una mala percepción personal.



Dimensiones para la rehabilitación integral

El tratamiento debe incluir planes de acción encaminados a reducir el impacto negativo que el consumo de sustancias generó sobre las áreas o dimensiones de vida afectadas.

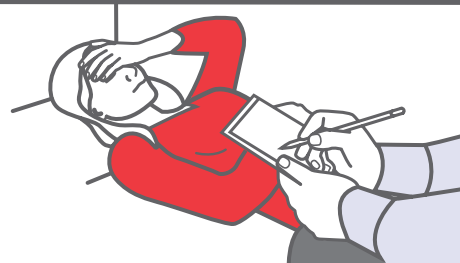
Física



Planes de acción. Cese de consumo de sustancias, mantener buenos hábitos de sueño, mantener un plan de alimentación balanceado, generar un plan de ejercicios físicos que incluya actividad física al menos cinco veces por semana, generar hábitos de aseo personal y asistir a los seguimientos médicos puntualmente.

Mental

Planes de acción. Iniciar un programa de entrenamiento en habilidades para el manejo de las emociones, cambio de los pensamientos negativos y de consumo por otros más saludables, solución de problemas, habilidades de comunicación asertiva, y el manejo de la conducta impulsiva.



Familiar



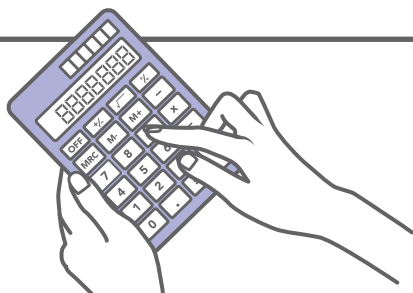
Planes de acción. Invitar a la familia a tomar sesiones conjuntas con un especialista en terapia familiar, tener conversaciones familiares sobre la adicción a sustancias y el proceso de recuperación, establecer rutinas cotidianas y compartir actividades sociales que involucren a todos los miembros de la familia.

Social

Planes de acción. Evitar a personas, lugares, eventos o situaciones asociadas con un alto riesgo de consumo; en caso de no conseguir evitar estas situaciones, contar con un plan de acción bien definido, decir “NO” de manera clara y consistente cuando se presenten ofrecimientos directos o indirectos, construir una red de apoyo social positiva que apoye y promueva la recuperación/rehabilitación, involucrarse en actividades de interés y de ocio que no estén relacionadas con el consumo.



Laboral/ financiera



Planes de acción. Encontrar un trabajo lo más pronto posible o aplicar para un programa de asistencia pública temporal, tener un presupuesto establecido, hacer una reducción de gastos, llevar un registro de ingresos y de gastos, planificar las compras para evitar realizar adquisiciones excesivas o de cosas que no se necesiten, contar con una reserva de dinero para emergencias, y hacer inversiones para el futuro.

Espiritual

Planes de acción. Practicar la oración y la meditación, involucrarse con otros para construir una recuperación colectiva, poner en práctica la gratitud, apreciar los detalles cotidianos de la vida, involucrarse en actividades comunitarias que involucren el servicio a otros, o hacer lecturas relacionadas con la espiritualidad. Adicionalmente, asistir a grupos de ayuda mutua es un recurso ideal para la búsqueda y fortalecimiento de la espiritualidad.

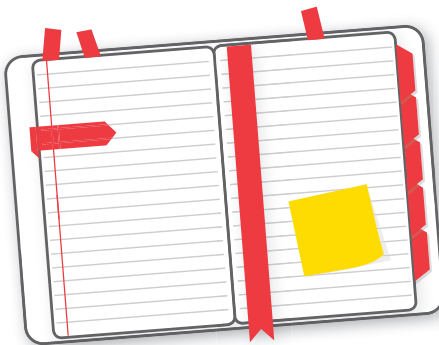


Otras actividades relevantes

Otras actividades por incluir en el plan de tratamiento se relacionan con el monitoreo de las actividades diarias y con el mejoramiento de la percepción personal

Diario de actividades

Se recomienda contar con un registro de actividades diarias, el cual puede ser de utilidad para ordenar los pensamientos y mantener claridad de los eventos a lo largo de los días. Además, permite llevar un seguimiento de los cambios realizados y de las actividades pendientes. Una alternativa al registro escrito podría ser alguna colección de fotografías o imágenes que ayude a recordar pensamientos importantes.



Recomendaciones:

- ✓ Concentrarse en las cosas buenas que están sucediendo.
- ✓ No preocuparse por la gramática o la ortografía.
- ✓ Silenciar al crítico interior.
- ✓ Probar dibujos o diagramas que faciliten las ideas.
- ✓ Escribir a primera hora de la mañana para planificar actividades del día.

Mejora del rendimiento mental

Frecuentemente, las personas en proceso de recuperación/rehabilitación perciben que tienen dificultades para pensar con claridad, recordar eventos recientes o lejanos, aprender nueva información o mantenerse atentos durante el día. Esto podría estar asociado con el consumo de alcohol u otras drogas de abuso. Por esto, las personas requieren generar estrategias que mejoren el funcionamiento mental o cognitivo.

Recomendaciones:

- ✓ Mantener el área de trabajo libre de distractores.
- ✓ Tomar notas con regularidad.
- ✓ Revisar el plan de actividades por la mañana y a lo largo del día.
- ✓ Informar a los otros cuando la atención se esté dificultando.
- ✓ Colocar artículos de uso regular (lentes, llaves, dinero) en algún sitio cercano a la puerta.
- ✓ Programar alarmas que recuerden eventos importantes específicos.



Fortalecimiento de la autoestima

Para cumplir con los compromisos realizados a nivel personal e interpersonal, se requiere tener una buena relación con uno mismo. Para esto, es necesario fortalecer la imagen personal ya que, luego del consumo crónico, las personas suelen presentar sentimientos de poca valía.

Recomendaciones:

- ✓ Cuidar el cuerpo y la apariencia de una manera que le haga sentir orgulloso.
- ✓ Hacer una lista de las fortalezas y debilidades.
- ✓ Realizar actividades en las que se es bueno.
- ✓ Ayudar a otras personas.
- ✓ Establecer y cumplir metas personales.
- ✓ Hablar sobre las cosas que podían estar generando una mala percepción personal.



Referencias

- Daley, D. (1993). Prevención de la Recaída. Cuaderno de trabajo para alcohólicos y drogadictos en recuperación. Holmes Beach, Florida: Learning Publications, Inc.
- Daley, D. (2009). Surviving Addiction Workbook. Recovery from Alcohol or Drug Problems. Murrysville, PA: Daley Publications.
- Fiorentine, R., & Hillhouse, M. P. (2000). Drug treatment and 12-step program participation: the additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 65–74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10636609>
- Marlatt, G.A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. En G. A. Marlatt & D.M. Donovan. (Eds.). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. (2a Ed.). NY: The Guilford Press, 8-10.
- Marín-Navarrete, R., Pérez-López, A., & Valtierra-Gutiérrez, E. (2020). Cap. 7. Rehabilitación Integral de la Adicción a Sustancias. En Tena-Suck, A. *Psicoterapia Integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. 1ra Ed. Manual Moderno. México CDMX. ISBN: 6074488320, 978607448832
- Pérez-López, A., Marín-Navarrete, R., Villalobos-Gallegos, L., Sánchez-Domínguez, R., Toledo-Fernández A., & Ambriz-Figueroa, A.K. (2018). Effects of co-occurring disorders on the perception of family functioning, *Journal of Substance Use*, 23:5, 528-534, DOI: 10.1080/14659891.2017.1405092
- Rojo, G. (2008). Terapia Ocupacional en el tratamiento de las adicciones. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 88–97. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74550-1](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74550-1)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2018). Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol Vol. 42. [DHHS Publication No. (SMA) 05-3992]
- Substance Abuse, H., & Health Services Administration, M. (2009). Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What do we know from the research? Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from https://www.naadam.org/assets/2416/sheedyckwhitterm2009_guiding_principles_and_elements.pdf
- Substance Use/Brain Injury Bridgin Project (2009). Client Workbook. Toronto, Canada: SUBI.

Capítulo 10.

Red de apoyo social

Consumo de sustancias y apoyo social

Las personas con algún trastorno por consumo de sustancias, suelen presentar sentimientos de soledad y aislamiento, situación que se agrava conforme se incrementa. Con frecuencia, este ciclo se ve interrumpido por el efecto de las intervenciones psicosociales ya que se refuerzan las relaciones interpersonales entre los pares (Litt, Kadden, Kabela-Cormier, & Petry, 2009). En este sentido, el apoyo social permite reducir el impacto adverso asociado con el consumo de sustancias, además de incrementar los niveles de satisfacción en diversas áreas de funcionamiento de la vida de las personas (Yang, Xia, & Zhou, 2020).

El apoyo social se define por los recursos provistos por otras personas que son significativas para un individuo, que lo hacen sentirse estimado y valorado. Estas interacciones interpersonales permiten la expresión de afectos positivos y acciones de ayuda o asistencia. De tal forma, que un individuo puede satisfacer sus necesidades sociales básicas por medio de la interacción con otros individuos.

El apoyo social puede mostrarse de diversas maneras, incluidas la entrega de bienes tangibles, de integración social, proporcionar información y brindar apoyo emocional (Copeland & Martin, 2004). La evidencia indica que brindar apoyo emo-

cional (como transmitir empatía o preocupación) ayuda a manejar estados emocionales en el otro, mientras que recibir este tipo de apoyo se relaciona con reducir la incertidumbre, angustia o estigma, además de hacer que las personas se sientan inspiradas, valoradas y escuchadas (Tracy, Munson, Peterson, & Floersch, 2010). El apoyo informativo (orientar las actividades diarias para la recuperación) es útil para el cambio de rutinas, el manejo de emociones, el control del craving, la adherencia al tratamiento, entre otras actividades.

Entre los beneficios del apoyo entre pares, se incluyen: la amplia disponibilidad de tiempo de los pares en comparación con los profesionales de la salud, así como la experiencia compartida que podría aumentar la simpatía y permitir que el apoyo social, se perciba con mayor relevancia (Mo & Coulson, 2012). Entre los beneficios de brindar apoyo se encuentran: sentirse con energía y eficacia, favorece la autorreflexión y la reevaluación de los problemas propios, contar con una red de apoyo fortalecida para apoyarse en caso necesario, y reducir el riesgo de recaída en comparación con aquéllos que no apoyan a otros (Pagano et al., 2009; Pagano, Friend, Tonigan, & Stout, 2004).

A pesar de los beneficios del apoyo social, se ha observado que algunos tipos de apoyo presentan limitaciones, por ejemplo, el apoyo informativo tiene un impacto reducido cuando es demasiado

directivo (Kowitt et al., 2015). De manera adicional, brindar apoyo social podría ser una actividad que lleve al agotamiento físico y mental, a gastos excesivos y a deudas, y a generar sentimientos de poca capacidad personal para brindar apoyo, lo que podría reducir la probabilidad de brindar ayuda en el futuro (Kowitt et al., 2015; Liu et al., 2020).

¿Qué es una red de apoyo social?

Una red de apoyo social, es el conjunto de relaciones que integran a una persona con otras personas u organizaciones, con las que se establecen vínculos de solidaridad para resolver necesidades específicas. La red de apoyo social, incluye diversas relaciones interpersonales en las que las personas se unen y ejercen influencia entre sí. Se caracterizan por mostrar empatía, confianza, cuidado, consejos para hacer frente a problemas de la vida cotidiana o retroalimentación para que las personas puedan evaluar sus acciones (House, 1981). La red de apoyo social puede estar conformada por familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, profesionales de salud, entre otras personas (O'Donnell, 2014).

La red de apoyo social puede dividirse en dos: positiva y negativa. La red de apoyo social positiva, se caracteriza por relaciones con fuertes lazos emocionales y de cercanía geográfica; la evidencia sugiere que quienes mantienen este tipo de relaciones sociales viven más tiempo y tienen mayor calidad de vida, en comparación con aquellos que carecen de este tipo de apoyo (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). La red de apoyo social negativa, se caracteriza por relaciones interpersonales en las que prevalece la desconfianza, la crítica y actitudes de dominio sobre el otro; se asocia con estados emocionales displacenteros (Cranford, 2004; Fleishman et al., 2000) y comportamientos de riesgo como el abuso de sustancias (Oetzel, Duran, Jiang, & Lucero, 2007).

¿Cómo se relaciona la red de apoyo social con el consumo de alcohol y sustancias?

La red de apoyo social juega un rol importante para el mantenimiento de la abstinencia o para reiniciar el consumo de sustancias. Se ha identificado que

contar con una red de apoyo social positiva está asociado con un mayor tiempo de abstinencia, (Barber & Crisp, 1995; Beattie & Longabaugh, 1997; Dobkin, De Civita, Paraherakis, & Gill, 2002), y con mayor apego al tratamiento para dejar de consumir (Dobkin et al., 2002). Havassy et al. (1991) reportó que aquellas personas en abstinencia que perciben mayor apoyo de personas cercanas (por ejemplo, un familiar o amigo) presentan menor riesgo de recaída. Además, quienes consideran que el apoyo social que reciben es de utilidad reportan mayor bienestar psicológico (Beattie & Longabaugh, 1997; Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007).

Se ha reportado que involucrarse en grupos de ayuda mutua para la atención de las adicciones favorece la conformación de una red de apoyo social positiva. Ya que favorece una alternativa de compañeros que comparten las metas de la rehabilitación y, a su vez, pretende remplazar la red de personas de consumo. De tal forma, que este tipo de involucramiento predominantemente favorece el mantenimiento de la abstinencia (Stevens, Jason, Ram, & Light, 2015).

Adicionalmente, hay evidencia que señala que el apoyo social negativo, caracterizado por la desconfianza, crítica y actitudes de dominio sobre el otro, está asociado con la recaída. Por ejemplo, es común que las personas que consumen sustancias cuenten con amigos o familiares con quienes realizan dicha actividad. Cuando alguno decide dejar de consumir, algunos miembros pueden ejercer influencia directa (ofrecimiento de la sustancia) o indirecta (observación de otras personas que usan sustancias) para consumir de nueva cuenta (Marlatt & Donovan, 2008; Sun, 2007).

La recaída también se asocia con emociones displacenteras ge-

¿Qué es una red de apoyo social?

Una red de apoyo social incluye diversas relaciones interpersonales en las que las personas se unen y ejercen influencia entre sí. La red de apoyo social puede estar conformada por familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, profesionales de salud, entre otras personas.

La red de apoyo social puede dividirse en dos: positiva y negativa.

Red de apoyo social positiva:

se caracteriza por relaciones con fuertes lazos emocionales y de cercanía geográfica; la evidencia sugiere que quienes mantienen este tipo de relaciones sociales viven más tiempo y tienen mayor calidad de vida en comparación con aquellos que carecen de este tipo de apoyo.

Red de apoyo social negativa:

se caracteriza por relaciones interpersonales en las que prevalece la desconfianza, la crítica y actitudes de dominio sobre el otro; se asocia con estados emocionales displacenteros y comportamientos de riesgo como el abuso de sustancias.



neradas por problemas con miembros de la familia, amigos o compañeros (Brown, Vik, & Creamer, 1989; Miller, 1980).

¿Qué habilidades son útiles para mejorar las relaciones interpersonales?

Es frecuente que las personas que consumen alcohol y otras sustancias presenten problemas de comunicación que les dificulten expresar sus emociones y pensamientos. De manera similar, es común que presenten dificultades para resolver conflictos,

lo que les lleva a establecer problemas interpersonales frecuentes, por tal motivo, se requiere fortalecer las habilidades de comunicación y de solución de problemas en la vida cotidiana (Mueser, Gottlieb & Gingerich, 2014).

A. Habilidades de comunicación

Incluyen la comunicación verbal y no verbal. Por ello, al comunicarse, es importante tomar en cuenta el tono y volumen de voz, postura corporal, contacto visual y movimientos de la cabeza (Monti, 2002).

Un elemento fundamental en la comunicación, es escuchar con atención a la otra persona. Hacerlo ayuda a comprender lo que las personas dicen, además de que mejora la relación con ellas. Algunos elementos a considerar para ponerla en práctica son: mostrar interés en lo que dice la otra persona, mantener contacto visual, prestar atención a lo que se está diciendo y cómo se está diciendo, preguntar para clarificar alguna idea y evitar interrumpir a la otra persona mientras habla (Monti, 2002).

Otras habilidades de comunicación son:

a. Ofrecer entendimiento. Estar atento a la conversación y expresar opiniones de manera empática es una manera adecuada de ofrecer entendimiento a los demás.

b. Compartir responsabilidad. Sirve para evitar culpar a otras personas y reconocer la responsabilidad sobre un problema.

c. Ofrecer ayuda. Ofrecer ayuda para resolver un problema es útil para facilitar la solución de problemas que otras personas pueden padecer. De este modo, se colabora para que las personas reduzcan sus niveles de ansiedad o preocupaciones.

d. Recibir críticas. Este punto es útil para realizar cambios en la propia conducta. Las críticas generalmente son observaciones de otra persona respecto a nuestras conductas, pero al modificarlas nos sirven para mejorar nuestras relaciones interpersonales.

e. Solicitar apoyo. Quienes consumen alcohol y otras sustancias regularmente presentan dificultades asociadas con su consumo, por lo que solicitar apoyo a los demás para resolverlas es común. Esta habilidad se utiliza cuando se desea hacer una petición a cualquier persona, siendo clara y precisa sobre el tipo de ayuda que se requiere.

f. Expresar emociones. Compartir emociones y sentimientos con otros resulta difícil para algunas personas. Sin embargo, se sabe que quienes lo hacen con regularidad reportan mayor bienestar físico y mental. El uso de esta habilidad favorece tanto la expresión de emociones placenteras como displacenteras, haciendo énfasis en el contexto o situación que la generó.

B. Habilidades para la solución de problemas

La solución de problemas es útil para resolver dificultades personales o interpersonales. Para poner en práctica esta técnica, se recomienda seguir los siguientes pasos (Mueser et al., 2014):

Habilidades para la solución de problemas

1. Identificar el problema



2. Generar posibles soluciones



3. Analizar ventajas y desventajas



4. Elegir y generar un plan de acción



5. Evaluar los resultados



1. Identificar el problema. Cuando se tiene un problema es común mezclar diversos aspectos de la situación e intentar resolver todo al mismo tiempo. Sin embargo, esta forma de hacerlo dificulta la solución, ya que el problema a resolver no está claramente definido. Es por ello que lo primero que se debe hacer es identificar un problema a la vez. Para hacerlo es útil responder a la pregunta, “¿qué me molesta de la situación?”.

2. Generar posibles soluciones. Es importante considerar que hay diversas formas de solucionar un problema, aunque no todas las opciones funcionan para cada persona. Por ello es necesario hacer una lista que incluya las diversas formas de resolver el problema. Responder a la pregunta, “¿qué opciones tengo para solucionar mi problema?”, puede ser de utilidad para identificar las posibles soluciones.

3. Analizar ventajas y desventajas. Una vez identificadas las posibles soluciones es necesario hacer una lista de las ventajas y desventajas de cada una. Para facilitar este paso es útil responder la pregunta, ¿qué ventajas y desventajas habrían si elijo esta opción?

4. Elegir y generar un plan de acción. Identificar la mejor solución dependerá de las consecuencias de cada posible solución. Hacer un balance entre las ventajas y desventajas de cada alternativa permitirá seleccionar la solución que tenga mayor viabilidad al momento de ponerla en práctica. La mejor solución no siempre será la que tenga mayor número de ventajas y menos desventajas; en ocasiones, el valor cualitativo de las consecuencias puede ser suficiente para su elección. Responder a la pregunta, “¿qué alternativa me conviene elegir?”, puede ayudar en la selección de la mejor solución. Antes de poner en práctica la solución elegida se requiere generar un plan de acción que responda a la pregunta, “¿cómo lo voy a llevar a cabo?” Es necesario considerar los posibles obstáculos que pueden dificultar la solución, pues hacerlo permitirá generar planes para enfrentarlos. El plan de acción debe ser muy específico y considerar fecha, lugar y hora tentativos para realizarlo.

5. Evaluar los resultados. Con la finalidad de determinar si la solución fue la adecuada para resolver el problema se requiere hacer una evaluación de los resultados obtenidos tras realizar el plan de acción. Una manera en la que se puede evaluar el resultado es preguntarse, “¿qué tan satisfecho me siento con los resultados obtenidos?” Para ello puede utilizarse una escala en la que se pueda asignar una calificación entre el cero y el diez, siendo cero “totalmente insatisfecho”, y diez, “totalmente satisfecho”. En caso de que la calificación asignada no sea satisfactoria para la persona es necesario evaluar de nueva cuenta si la alternativa de solución fue la más adecuada; en caso contrario, se recomienda realizar de nueva cuenta los pasos 2 a 5 (Ver figura 1). Contar con algún familiar o amigo cercano que apoye la abstinencia será de utilidad, ya que puede ayudar a promover relaciones de comunicación positivas y aprender a resolver problemas de manera conjunta (Marlatt & Donovan, 2008).

¿Qué es una red de apoyo social?

El apoyo social se define como la presencia de recursos de apoyo provenientes de otras personas. Una red de apoyo social incluye diversas relaciones interpersonales en las que las personas se unen y ejercen influencia entre sí.

Red de apoyo social positiva

Se caracteriza por relaciones con fuertes lazos emocionales y de cercanía geográfica.

¿Cómo se relaciona con el consumo de alcohol y sustancias?

- ✓ La red de apoyo social positiva juega un rol importante para el mantenimiento de la abstinencia.
- ✓ Se asocia con el incremento del tiempo de abstinencia.
- ✓ Personas en abstinencia que perciben mayor apoyo de personas cercanas (por ejemplo, un familiar o amigo) presentan menor riesgo de recaída.
- ✓ Quienes consideran que el apoyo social que reciben es de utilidad reportan mayor bienestar psicológico.

Red de apoyo social negativa

Se caracteriza por relaciones interpersonales en las que prevalece la desconfianza, la crítica y actitudes de dominio sobre el otro; se asocia con estados emocionales displacenteros y comportamientos de riesgo, como el abuso de sustancias.

¿Cómo se relaciona con el consumo de alcohol y sustancias?

- ✓ La red de apoyo social negativa se asocia con la reincidencia y recaída al consumo.
- ✓ Cuando una persona deja de consumir, es frecuente que familiares y amigos ejerzan influencia directa o indirecta de consumo.
- ✓ La recaída también se asocia con emociones displacenteras generadas por problemas con miembros de la familia, amigos o compañeros.

La red de apoyo social puede estar conformada por familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, profesionales de salud, entre otras personas. La red de apoyo social puede dividirse en dos: positiva y negativa.

Involucrarse en grupos de ayuda mutua para la atención de las adicciones favorece la conformación de una red de apoyo social. Este involucramiento favorece el mantenimiento de la abstinencia.

¿Cómo mejorar la red de apoyo social?

Regularmente las personas que consumen alcohol y otras sustancias suelen reunirse con personas que consumen. Por esta razón, es necesario construir una nueva red de apoyo social. Para conseguirlo es importante determinar el tipo de apoyo que se necesita durante el proceso de recuperación/rehabilitación, además de poner en práctica habilidades de comunicación. Durante la construcción de la red de apoyo social es importante que la persona considere que apoyar a otros es parte del proceso de construcción de la propia red de apoyo.

¿Qué habilidades son útiles para mejorar las relaciones interpersonales?

Se requieren habilidades que apoyen la comunicación interpersonal y la solución de problemas de la vida cotidiana.

A. Habilidades de comunicación

Incluyen la comunicación verbal y no verbal. Por ello, al comunicarse, es importante tomar en cuenta el tono y volumen de voz, postura corporal, contacto visual y movimientos de la cabeza.

Un elemento fundamental en la comunicación es **escuchar con atención a la otra persona**. Hacerlo ayuda a comprender lo que las personas dicen, además de que mejora la relación con ellas.

Algunos elementos a considerar para ponerla en práctica son:

✓ Mantener contacto visual

✓ Preguntar para clarificar alguna idea.

✓ Mostrar interés en lo que dice la otra persona.

✓ Prestar atención a lo que se está diciendo y cómo.

✓ Evitar interrumpir a la otra persona mientras habla.

Otras habilidades de comunicación son:

a) Ofrecer entendimiento

Estar atento a la conversación y expresar opiniones de manera empática es una manera adecuada de ofrecer entendimiento a los demás.

b) Compartir responsabilidad

Sirve para evitar culpar a otras personas y reconocer la responsabilidad sobre un problema.

c) Ofrecer ayuda

Ofrecer ayuda para resolver un problema es útil para facilitar la solución de problemas que otras personas pueden padecer. De este modo, se colabora para que las personas reduzcan sus niveles de ansiedad o preocupaciones.

d) Recibir críticas

Este punto es útil para realizar cambios en la propia conducta. Las críticas generalmente son observaciones de otra persona respecto a nuestras conductas, pero al modificarlas nos sirven para mejorar nuestras relaciones interpersonales.

e) Solicitar apoyo

Quienes consumen alcohol y otras sustancias regularmente presentan dificultades asociadas con su consumo, por lo que solicitar apoyo a los demás para resolverlas es común. Esta habilidad se utiliza cuando se desea hacer una petición a cualquier persona, siendo clara y precisa sobre el tipo de ayuda que se requiere.

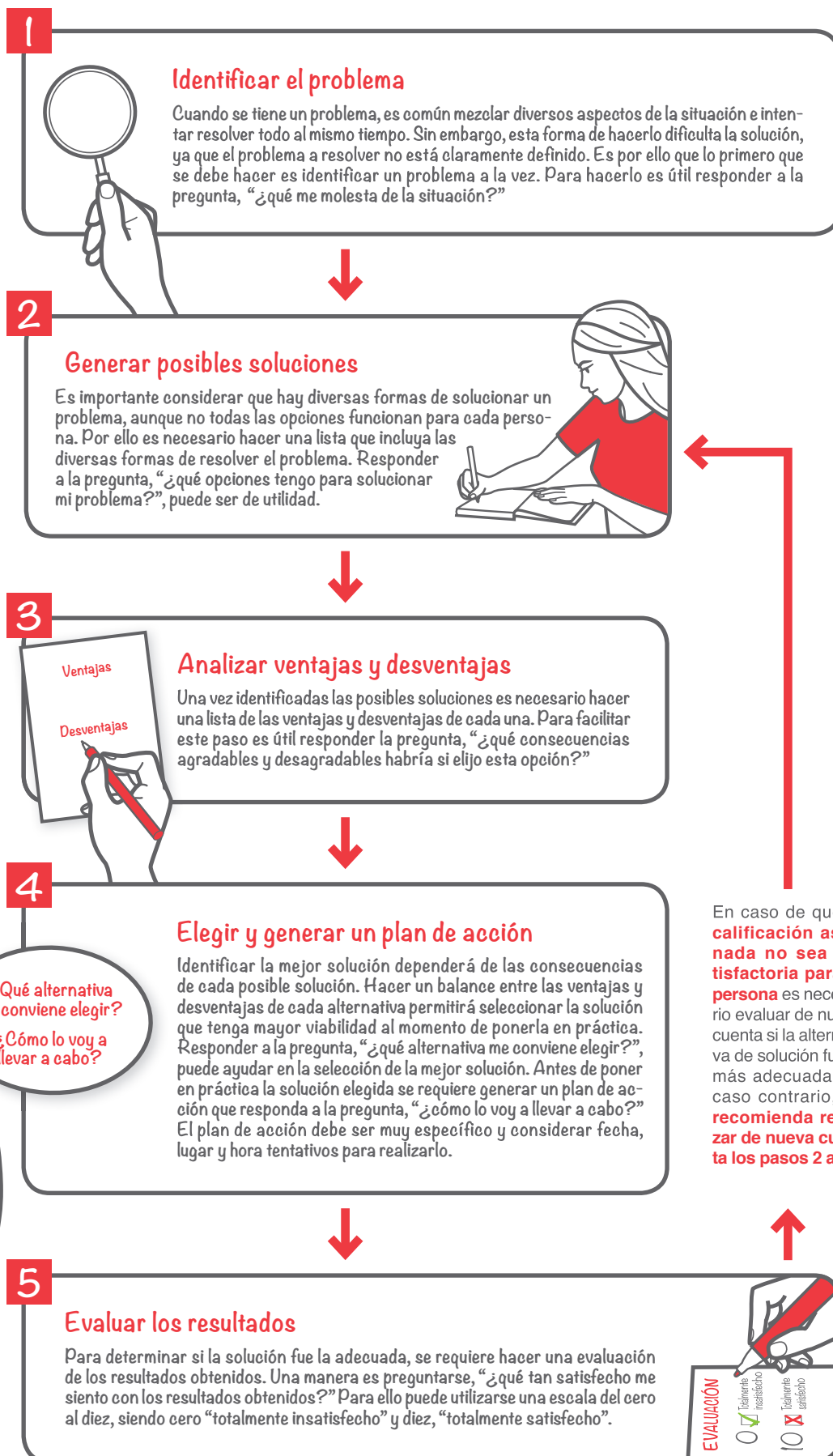
f) Expresar emociones

Compartir emociones y sentimientos con otros resulta difícil para algunas personas. Sin embargo, se sabe que quienes lo hacen, reportan mayor bienestar físico y mental. El uso de esta habilidad favorece tanto la expresión de emociones placenteras como displacenteras, haciendo énfasis en la situación que la generó.



B. Habilidades para la solución de problemas

La solución de problemas es útil para resolver dificultades personales o interpersonales. Para poner en práctica esta técnica se recomienda seguir los siguientes pasos:



Referencias

- Barber, J. G., & Crisp, B. R. (1995). Social Support and Prevention of Relapse Following Treatment for Alcohol Abuse. *Research on Social Work Practice*, 5(3), 283–296. <https://doi.org/10.1177/104973159500500302>
- Beattie, M. C., & Longabaugh, R. (1997). Interpersonal factors and post-treatment drinking and subjective wellbeing. *Addiction* (Abingdon, England), 92(11), 1507–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9519493>
- Brown, S. A., Vik, P. W., & Creamer, V. A. (1989). Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 14(3), 291–300. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2787585>
- Copeland, J., & Martin, G. (2004). Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(2), 109–116. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00165-X](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00165-X)
- Cranford, J. A. (2004). Stress-buffering or stress-exacerbation? Social support and social undermining as moderators of the relationship between perceived stress and depressive symptoms among married people. *Personal Relationships*, 11(1), 23–40. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00069.x>
- Dobkin, P. L., De Civita, M., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347–356. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x>
- Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., Crystal, S., Collins, R. L., Marshall, G. N., Kelly, M., ... Hays, R. D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-infected persons. HCSUS Consortium. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 421–53. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10965385>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (fourth edition). San Francisco CA: Jossey-Bass. Retrieved from <https://www.wiley.com/enbe/Health+Behavior+and+Health+Education%3A+Theory%2C+Research%2C+and+Practice%-2C+4th+Edition-p-9780787996147>
- Groh, D. R., Jason, L. A., & Keys, C. B. (2008). Social network variables in alcoholics anonymous: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 430–450. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.014>
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1–2), 133–44. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Havassy, B., Hall, S., & Wasserman, D. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16(5), 235–246. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(91\)90016-B](https://doi.org/10.1016/0306-4603(91)90016-B)
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. (Addison-Wesley, Ed.). Addison-Wesley Pub. Co. Retrieved from https://openlibrary.org/books/OL4107456M/Work_stress_and_social_support

- Kowitt, S. D., Urlaub, D., Guzman-Corrales, L., Mayer, M., Ballesteros, J., Graffy, J., ... Fisher, E. B. (2015). Emotional Support for Diabetes Management: An International Cross-Cultural Study. *The Diabetes Educator*, 41(3), 291–300. <https://doi.org/10.1177/0145721715574729>
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Changing Network Support for Drinking: Network Support Project 2-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 229–242. <https://doi.org/10.1037/a0015252>
- Liu, Y., Kornfield, R., Shaw, B. R., Shah, D. V., McTavish, F., & Gustafson, D. H. (2020). Giving and receiving social support in online substance use disorder forums: How self-efficacy moderates effects on relapse. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1125–1133. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.015>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2008). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (second edi). New York: Guilford. Retrieved from <https://www.guilford.com/books/Relapse-Prevention/MarlattDonovan/9781593856410>
- Miller, W. R. (1980). *The Addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. New York: Pergamon Press. Retrieved from <https://trove.nla.gov.au/work/9843758>
- Mo, P. K. H., & Coulson, N. S. (2012). Developing a model for online support group use, empowering processes and psychosocial outcomes for individuals living with HIV/AIDS. *Psychology and Health*, 27(4), 445–459. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.592981>
- Monti, P. M. (2002). *Treating alcohol dependence: a coping skills training guide*. (Guilford Press, Ed.) (second edition). New York: Guilford Press. Retrieved from https://books.google.com.mx/books/about/Treating_Alcohol_Dependence.html?id=2smdZok_OIYC&redir_esc=y
- Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., & Gingerich, S. (2014). *Social Skills and Problem-Solving Training*. In *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 243–272). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt12>
- O'Donnell, M. P. (2014). *Health promotion in the workplace*. (M. O'Donnell, Ed.) (fourth edition). Art & Science of Health Promotion Institute.
- Oetzel, J., Duran, B., Jiang, Y., & Lucero, J. (2007). Social support and social undermining as correlates for alcohol, drug, and mental disorders in American Indian women presenting for primary care at an Indian Health Service hospital. *Journal of Health Communication*, 12(2), 187–206. <https://doi.org>
- Pagano, M. E., Friend, K. B., Tonigan, J. S., & Stout, R. L. (2004). Helping other alcoholics in alcoholics anonymous and drinking outcomes: Findings from project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6), 766–773. <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.766>
- Pagano, M. E., Zeltner, B. B., Jaber, J., Post, S. G., Zywiak, W. H., & Stout, R. L. (2009). Helping others and long-term sobriety: Who should I help to stay sober? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(1), 38–50. <https://doi.org/10.1080/07347320802586726>
- Stevens, E., Jason, L. A., Ram, D., & Light, J. (2015). Investigating Social Support and Network Relationships in Substance Use Disorder Recovery. *Substance Abuse*, 36(4), 396–399. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.965870>

- Sun, A.-P. (2007). Relapse among substance-abusing women: components and processes. *Substance Use & Misuse*, 42(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/10826080601094082>
- Tracy, E. M., Munson, M. R., Peterson, L. T., & Floersch, J. E. (2010). Social support: A mixed blessing for women in substance abuse treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(3), 257–282. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2010.500970>
- Yang, C., Xia, M., & Zhou, Y. (2020). How is perceived social support linked to life satisfaction for individuals with substance-use disorders? The mediating role of resilience and positive affect. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00783-4>

Capítulo 11.

Proyecto de vida

¿Qué es un proyecto de vida?

Un proyecto de vida es un conjunto de ideas y pensamientos que permiten planificar el futuro. Para conseguirlo, es necesario generar un plan que integre metas, objetivos y planes de acción. Los objetivos pueden plantearse a corto, mediano o largo plazo y deben acompañarse de estrategias conductuales específicas que permitan alcanzarlos y mantenerlos. De este modo, un proyecto de vida proporciona un marco de referencia para que las personas conduzcan sus acciones hacia el logro de sus objetivos (Brandtstadter & Lerner, 1999).

Un proyecto de vida responde a necesidades individuales, las cuales varían según la edad, contexto y expectativas de las personas. Por ejemplo, se ha planteado que los adultos jóvenes planean actividades en áreas relacionadas con la familia, desarrollo personal y salud, en un rango de hasta 10 años (Fingerman & Perlmutter, 1995). Con el incremento de la edad, los individuos centran sus planes sobre áreas en las que consideran que tienen poco control (Nurmi, Pulliainen, & Salmela-Aro, 1992). Así, un proyecto de vida incorpora cambios en los estilos de vida e incrementa el bienestar físico, psicológico y social de las personas (Leidy, Revicki, & Genesté, 1999).

¿Por qué es importante establecer un proyecto de vida durante el proceso de recuperación?

Las personas que consumen alcohol y drogas, generalmente presentan problemas que impactan de manera negativa áreas de su vida tales como la familiar, laboral, escolar y de salud (Marín-Navarrete, Medina-Mora ME, & Tena-Suck, 2014; Medina-Mora et al., 2003; Welsh, Buchsbaum, & Kaplan, 1993). Cuando las personas reciben atención para dejar de consumir, también es necesario atender las áreas de vida afectadas por el consumo.

Establecer un proyecto de vida, que incorpore cambios en los estilos de vida, durante el proceso de recuperación aumenta el tiempo en abstinencia y reduce el riesgo de recaídas (Welsh et al., 1993). Las conductas que la persona realice para alcanzar sus objetivos la mantendrán ocupada y motivada durante su proceso de recuperación (Correia, Carey, & Borsari, 2002).

Entre los cambios en el estilo de vida que se han asociado con un mayor tiempo de abstinencia se encuentran: poner en práctica habilidades para la solución de problemas (Monti et al., 2001), establecer una red de apoyo social (Dobkin, De Civita, Paraherakis, & Gill, 2002), tener una alimentación

balanceada, dormir bien, mantenerse ocupado, mantenerse relajado, trabajar para alcanzar metas en el futuro, conectarse con el lado espiritual, expresar emociones placenteras y displacenteras con otras personas, controlar pensamientos negativos, evitar lugares donde se solía consumir y asistir a reuniones periódicas después del tratamiento (Dolan, Rohsenow, Martin, & Monti, 2013).

¿Cómo planear un proyecto de vida?

Al planear un proyecto de vida basado en estilos de vida saludables, se deben tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. Identificar las áreas de la vida que se buscan modificar. El consumo de alcohol y otras sustancias impacta negativamente diversas áreas de vida de quienes consumen. Por este motivo, quienes se encuentran en proceso de recuperación, necesitan identificar en primera instancia las áreas afectadas por el consumo. Dichas áreas pueden estar relacionadas con el ámbito social, familiar, económico, escolar, laboral o de salud. Una forma de identificarlas es responder a la pregunta: ¿Qué áreas de mi vida quiero mejorar?

2. Plantear metas alcanzables. Una vez que se han identificado las áreas de vida afectadas, es necesario plantear metas encaminadas a mejorarlas. Es importante tomar en cuenta que para que una meta sea alcanzable, debe estar compuesta de objetivos pequeños. Se puede realizar una lista de varios objetivos y agruparlos de acuerdo al grado de importancia que tiene cada uno para alcanzar la meta. Para definir un objetivo es recomendable utilizar oraciones breves, escribir en términos positivos y describir conductas observables. Por ejemplo:

¿Qué es un proyecto de vida?

Es un conjunto de ideas y pensamientos que permiten planificar el futuro. Para conseguirlo, es necesario generar un plan que integre metas, objetivos y planes de acción. Los objetivos pueden plantearse a corto, mediano o largo plazo y deben acompañarse de estrategias conductuales específicas que permitan alcanzarlos y mantenerlos.



Área:

Relaciones interpersonales.

Meta:

Establecer una red de apoyo social.

Objetivos:

- ✓ Salir con amigos a realizar actividades que no se relacionen con el consumo, al menos una vez por semana.
- ✓ Asistir a mi grupo de ayuda mutua dos veces por semana.

3. Realizar un plan de acción para alcanzar los objetivos. En este paso se deben especificar las actividades y conductas que se realizarán para conseguir los objetivos, es decir, se deben especificar los pasos seguir. En la medida que el plan de acción sea específico y tome en cuenta los recursos de la persona, la probabilidad de llegar a la meta será mayor. Un punto importante a considerar en este paso es identificar qué actividades o conductas están asociadas al consumo de alcohol o drogas. Hacerlo permitirá dos cosas: a) plantear y realizar actividades y conductas alternativas al consumo, y b) generar estrategias de afrontamiento encaminadas a eliminar o reducir el riesgo de recaída (Morales-Manrique et al., 2011).

4. Poner en práctica el plan de acción. Llevar a cabo las actividades y conductas planteadas en el paso anterior es esencial para alcanzar los objetivos. En este punto, la perseverancia es una cualidad determinante para iniciar y mantener los cambios en los estilos de vida. Para facilitar la ejecución de las actividades y conductas es conveniente considerar lo siguiente (Baltes & Staudinger, 1996):

Administración del tiempo. La organización del tiempo facilita el

trabajo y ahorra tiempo en las actividades que se realizan.

Relaciones interpersonales. Apoyarse en todo momento de la red de apoyo positiva (por ejemplo: familiares, amigos, pareja) facilitará el logro de los planes de acción.

Autogestión. La ejecución de las actividades y conductas están a cargo de quien planeó el proyecto de vida. Por este motivo, se requiere iniciativa y responsabilidad para asegurarse que los planes de acción se cumplan al pie de la letra. La motivación es esencial a lo largo del proceso para conseguir estilos de vida satisfactorios.

5. Evaluar el plan de acción. Es importante dar seguimiento a los logros y avances conseguidos tras la implementación de los planes de acción. Para ello, se recomienda registrar constantemente los resultados que se van obteniendo. Es posible que al poner en práctica el plan de acción, no se obtengan los resultados deseados. En este caso, es importante evaluar qué elementos del plan de acción fallaron y modificarlos. Generar nuevas alternativas permitirá que el plan de acción sea eficaz para alcanzar el objetivo.

Es probable que una vez que se inicien los cambios en los estilos de vida, se presenten situaciones de alto riesgo que lleven a la persona a una caída o recaída. Por tal motivo, el proyecto de vida debe incluir estrategias de emergencia para minimizar la presencia de disparadores de consumo o, en su caso, interrumpir el proceso de recaída (Connors, DiClemente, Velasquez, & Donovan, 2013). Algunas de estas estrategias se mencionaron en la Sesión 4 (“Disparadores de uso de sustancias”).

¿Qué es un proyecto de vida?

Un proyecto de vida es un conjunto de ideas y pensamientos que permiten planificar el futuro. Para conseguirlo, es necesario generar un plan que integre metas, objetivos y planes de acción.

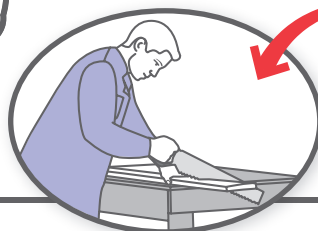
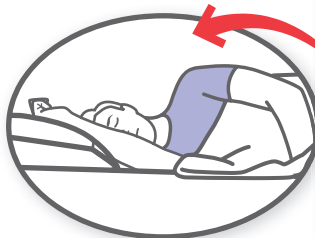
¿Por qué es importante establecer un proyecto de vida durante el proceso de recuperación?

Las personas que consumen alcohol y drogas, generalmente presentan problemas que impactan de manera negativa áreas de su vida tales como la familiar, laboral, escolar y de salud. Cuando las personas reciben atención para dejar de consumir, también es necesario atender las áreas de vida afectadas por el consumo.

Establecer un proyecto de vida, que incorpore cambios en los estilos de vida, durante el proceso de recuperación aumenta el tiempo en abstinencia y reduce el riesgo de recaídas. Las conductas que la persona realice para alcanzar sus objetivos la mantendrán ocupada y motivada durante su proceso de recuperación.

Un proyecto de vida responde a necesidades individuales, las cuales varían según la edad, contexto y expectativas de las personas. Por ejemplo, se ha planteado que los adultos jóvenes planean actividades en áreas relacionadas con la familia, desarrollo personal y salud, en un rango de hasta 10 años. Con el incremento de la edad, los individuos centran sus planes sobre áreas en las que consideran que tienen poco control.

Los objetivos pueden plantearse a corto, mediano o largo plazo y deben acompañarse de estrategias conductuales específicas que permitan alcanzarlos y mantenerlos.



Entre los cambios en el estilo de vida que se han asociado con un mayor tiempo de abstinencia se encuentran:

- ✓ Tener una alimentación balanceada.
- ✓ Poner en práctica habilidades para la solución de problemas.
- ✓ Establecer una red de apoyo social.
- ✓ Dormir bien.
- ✓ Mantenerse ocupado.
- ✓ Mantenerse relajado.
- ✓ Conectarse con el lado espiritual.
- ✓ Expresar emociones placenteras y displacenteras con otras personas.
- ✓ Controlar pensamientos negativos.
- ✓ Evitar lugares donde se solía consumir.
- ✓ Asistir a reuniones periódicas después del tratamiento.
- ✓ Trabajar para alcanzar metas en el futuro.

¿Cómo planear un proyecto de vida?

Al planear un proyecto de vida basado en estilos de vida saludables, se deben tomar en cuenta los siguientes puntos:

4 Poner en práctica el plan de acción

Llevar a cabo las actividades y conductas planteadas en el paso anterior es esencial para alcanzar los objetivos. En este punto, la perseverancia es una cualidad determinante para iniciar y mantener los cambios en los estilos de vida. Para facilitar la ejecución de las actividades y conductas es conveniente considerar lo siguiente:

Administración del tiempo. La organización del tiempo facilita el trabajo y ahorra tiempo en las actividades que se realizan.

Relaciones interpersonales. Apoyarse en todo momento de la red de apoyo positiva (por ejemplo: familiares, amigos, pareja) facilitará el logro de los planes de acción.

Autogestión. La ejecución de las actividades y conductas están a cargo de quien planeó el proyecto de vida. Por este motivo, se requiere iniciativa y responsabilidad para asegurarse que los planes de acción se cumplan al pie de la letra. La motivación es esencial a lo largo del proceso para conseguir estilos de vida satisfactorios.

El proyecto de vida debe incluir estrategias de emergencia para minimizar la presencia de disparadores de consumo o, en su caso, interrumpir el proceso de recaída.

5 Evaluar el plan de acción

Es importante dar seguimiento a los logros conseguidos tras la implementación de los planes de acción. Se recomienda registrar constantemente los resultados que se van obteniendo. Es posible que al poner en práctica el plan de acción, no se obtengan los resultados deseados. En este caso, es importante evaluar qué elementos del plan fallaron y modificarlos.

Es importante que estas actividades no estén asociadas con el consumo

3 Realizar un plan de acción para alcanzar los objetivos

En este paso se deben especificar las actividades y conductas que se realizarán para conseguir los objetivos, es decir, se deben especificar los pasos seguir. En la medida que el plan de acción sea específico y tome en cuenta los recursos de la persona, la probabilidad de llegar a la meta será mayor. Un punto importante a considerar en este paso es identificar qué actividades o conductas están asociadas al consumo de alcohol o drogas. Hacerlo permitirá dos cosas: a) plantear y realizar actividades y conductas alternativas al consumo, y b) generar estrategias de afrontamiento encaminadas a eliminar o reducir el riesgo de recaída.



1 Identificar las áreas de la vida que se buscan modificar

El consumo de alcohol y otras sustancias impacta negativamente diversas áreas de vida de quienes consumen. Por este motivo, quienes se encuentran en proceso de recuperación, necesitan identificar en primera instancia las áreas afectadas por el consumo. Dichas áreas pueden estar relacionadas con el ámbito social, familiar, económico, escolar, laboral o de salud. Una forma de identificarlas es responder a la pregunta: ¿Qué áreas de mi vida quiero mejorar?

2 Plantear metas alcanzables

Una vez que se han identificado las áreas de vida afectadas, es necesario plantear metas encaminadas a mejorarlas. Es importante tomar en cuenta que para que una meta sea alcanzable, debe estar compuesta de objetivos pequeños. Se puede realizar una lista de varios objetivos y agruparlos de acuerdo al grado de importancia que tiene cada uno para alcanzar la meta. Para definir un objetivo es recomendable utilizar oraciones breves, escribir en términos positivos y describir conductas observables. Por ejemplo:

Área: Relaciones Interpersonales.
Meta: Establecer una red de apoyo social.

- Objetivos:**
- ✓ Salir con amigos a realizar actividades que no se relacionen con el consumo, al menos una vez por semana.
 - ✓ Asistir a mi grupo de ayuda mutua dos veces por semana.

Referencias

- Baltes, P., & Staudinger, U. (1996). *Interactive minds. Life-span perspectives on the social foundation of cognition*. New York: Cambridge University Press. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/record/1996-97895-000>
- Brandtstadter, J., & Lerner, R. (1999). *Action and self-development: Theory and research through the lifespan*. California: Sage Publications. Retrieved from [https://us.sagepub.com/en-us/nam/product/Action and self-development%3A Theory and research through the lifespan](https://us.sagepub.com/en-us/nam/product/Action%20and%20self-development%3A%20Theory%20and%20research%20through%20the%20lifespan)
- Connors, G., DiClemente, C., Velasquez, M., & Donovan, D. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change : selecting and planning interventions*. New York: The Guilford Press.
- Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. (2002). Measuring substance-free and substance-related reinforcement in the natural environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 28–34. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.1.28>
- Dobkin, P. L., De Civita, M., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347–356. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x>
- Dolan, S. L., Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2013). Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1–2), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.010>
- Fingerman, K. L., & Perlmutter, M. (1995). Future Time Perspective and Life Events across Adulthood. *The Journal of General Psychology*, 122(1), 95–111. <https://doi.org/10.1080/00221309.1995.9921225>
- Leidy, N. K., Revicki, D. A., & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health : The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 2(2), 113–27. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4733.1999.02210.x>
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora ME, & Tena-Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. In *Manual Moderno (Ed.), Temas selectos en orientación psicológica VIII: Orientación psicológica y adicciones* (pp. 1–7). México. Retrieved from <http://inprf.bi-digital.com:8080/handle/123456789/4427>
- Medina-Mora, M., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, C., & Tapia-Conyer, C. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de 1998. *Salud Pública de México*, 45(1), 16–25. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609505>
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Swift, R. M., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Mueller, T. I., ... Asher, M. K. (2001). Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25(11), 1634–47. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11707638>
- Morales-Manrique, C. C., Palepu, A., Castellano-Gomez, M., Aleixandre-Benavent, R., Valderrama-Zurián, J. C., & Cocaine Group Comunidad Valenciana, J. C. (2011). Quality of life, needs, and interest among

cocaine users: differences by cocaine use intensity and lifetime severity of addiction to cocaine. *Substance Use & Misuse*, 46(4), 390–7. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.501675>

Nurmi, J. E., Pulliainen, H., & Salmela-Aro, K. (1992). Age differences in adults' control beliefs related to life goals and concerns. *Psychology and Aging*, 7(2), 194–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1610507>

Welsh, J. A., Buchsbaum, D. G., & Kaplan, C. B. (1993). Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 2(5), 335–40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8136798>

Capítulo 12.

Adicciones conductuales

¿Qué son las adicciones conductuales?

Las adicciones conductuales son acciones repetitivas, las cuales se inician por un impulso que no se puede detener. Estas acciones pueden ayudar a los individuos a escapar, disminuir la ansiedad, liberar la tensión y sentirse eufóricos (Karim & Chaudhri, 2012).

Diversos investigadores han sugerido que las adicciones conductuales comparten características comunes con el trastorno por consumo de sustancias, tales como pérdida de control sobre la conducta y mantenimiento de la conducta a pesar de las consecuencias adversas, además de que activan sistemas de recompensa al igual que los trastornos adictivos asociados a sustancias.

Este tipo de conductas suelen ser activadas por una emoción e impulso con pobre control cognitivo, en donde se busca la gratificación inmediata y que en su mayoría la persona no considera las posibles consecuencias negativas. Se puede generar una auténtica obsesión, ocasionando un síndrome de abstinencia si se deja de realizar, caracterizado por irritabilidad, insomnio, inquietud psicomotora, y estado de ánimo disfórico.

Existen diversas conductas que pueden ser consideradas como adicciones conductuales, las cuales se pueden clasificar en: adicciones somáticas y son aquellas vinculadas a conductas de

carácter insitual o logadas a funciones corporales (sexo, comer, ejercicio físico); adicciones de conductas socialmente establecidas (dependencia emocional, compras compulsivas y dependencia a grupos); y variantes compulsivas no adictivas (tanorexia, vigorexia, dependencia al trabajo). Sin embargo, las únicas aceptadas oficialmente por los sistemas internacionales de diagnóstico (DSM-V y ICD-11) son el juego patológico (gambling disorder) y adicción a los videojuegos (gaming disorder).

Juego patológico

El juego patológico hace referencia a la conducta de apostar dinero o algún objeto de valor sobre el resultado de un evento incierto (Subramaniam, Wang, Soh, & Vaingankar, 2015). La principal característica de este trastorno es la conducta de juego mal adaptativa, persistente y recurrente que ocasiona efectos negativos sobre los aspectos personales, familiares, sociales y profesionales de la persona afectada (American Psychiatric Association, 2013). A pesar de que las personas con juego patológico están en riesgo de cometer actos ilegales como robo, estafa o malversación de fondos para financiar la conducta de juego, el criterio de problemas legales no está incluido para hacer el diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013; Szerman et al., 2020).

En aquellos que presentan juego patológico, se puede presentar un fenómeno denominado ganar lo perdido. Consiste en tomar riesgos cada vez mayores, como apostar mayores cantidades de dinero, con la finalidad de recuperar las pérdidas (Reith & Dobbie, 2012).

Esta búsqueda a largo plazo es un criterio esencial para el trastorno de juego. Otras características que guían la conducta de quienes presentan el juego patológico son los pensamientos distorsionados (por ejemplo, creer que se tiene el poder para influir en los resultados del juego y pensamientos supersticiosos; Back, Williams, & Lee, 2015).

Los criterios para establecer el diagnóstico de juego patológico son:

1. Necesidad de jugar mayores cantidades de dinero para lograr la excitación deseada.
2. Estar inquieto o irritable cuando intenta interrumpir o detener el juego.
3. Haber efectuado reiterados esfuerzos no exitosos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Estar preocupado frecuentemente por el juego de apuestas.
5. Jugar frecuentemente cuando se siente con distrés (por ejemplo: desesperanzado, culpable, ansioso o deprimido).
6. Después de perder dinero en el juego, volver con frecuencia otro día para intentar recuperarlo (ganar lo perdido).
7. Mentir para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Haber arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, oportunidades de trabajo y educativas o profesionales debido al juego.

9. Confiar en que los demás le proporcionen el dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego (American Psychiatric Association, 2013).

Como ocurre en el caso del trastorno por consumo de sustancias (TCS), el diagnóstico de juego patológico debe ser hecho por un especialista en adicciones y/o salud mental.

De acuerdo con la CIE 11, existe un subtipo de juego patológico, el cual es denominado juego predominantemente en línea, esta condición se caracteriza por invertir entre 8 y 10 horas al día en juegos virtuales existentes en Internet, específicamente aquellos no relacionados con apuestas (American Psychiatric Association, 2013; Carbonell, 2014). El juego en línea cuenta con algunas características que disparan la conducta adictiva, por ejemplo: estimulación para llamar y mantener la atención, generan la ilusión de control en el jugador, la posibilidad de jugar en solitario, poder jugar a través de cualquier dispositivo conectado a la red con disponibilidad las 24 horas, y la privacidad y anonimato que garantiza la despreocupación del contacto real.

Adicionalmente, se ha observado que, con el desarrollo de nuevas tecnologías, esta conducta adictiva se presenta en mayor proporción en la población joven, debido a que ellos suelen estar mayor tiempo frente algún dispositivo electrónico (computadora, tablet, teléfono), lo que propicia que se vean más interesados en realizar esta conducta. A su vez, el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación también está influyendo en el juego de azar a través de la aparición y el desarrollo de nuevas modalidades de juego online, así como por la extensión de los juegos de azar tradicionales en su versión por internet. El gasto en juego online ha experimentado un sustancial incremento, así como también los problemas adictivos asociados, puesto que ya se constatan trastornos de juego online en los servicios de salud a pesar de que el juego online es legal desde hace muy poco tiempo.

¿Qué son las adicciones conductuales?

Son acciones repetitivas, las cuales se inician por un impulso que no se puede detener. Estas acciones pueden ayudar a los individuos a escapar, disminuir la ansiedad, liberar la tensión y sentirse eufóricos.



Videojuegos

Es descrito como un patrón de uso excesivo, persistente y prolongado de videojuegos en línea (internet) o fuera de ella. De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades versión 11 (CIE-11: OMS, 2020), las personas suelen manifestar una serie de síntomas cognitivos y conductuales similares a la adicción a sustancias, tales como: pérdida progresiva de control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto), incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria, continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

Asimismo, también se ha reportado que existe la presencia de síntomas de abstinencia cuando no se encuentran jugando (irritabilidad, frustración, ansiedad, enojo) (Grusser, Thalemann y Griffiths, 2007), preocupación y necesidad constante por jugar, mentir sobre su problema con el juego, pérdida de interés en otras actividades no relacionadas con el videojuego, excluirse de su familia y amigos para poder jugar, utilizar el juego como medio de escape psicológico (Leung, 2004).

Las personas con adicción a los videojuegos pueden estar sentados delante de un ordenador o consola de videojuegos sin importar sus responsabilidades en su vida cotidiana (escuela, familia, trabajo). Asimismo, pueden dedicar más de 15 horas al día, llegando a tener lapsos prolongados de tiempo sin comer ni dormir, incluso hay registros de muertes por agotamiento debido a la escasa alimentación y falta de sueño, derivando en una insuficiencia cardíaca (BBC, 2005).

El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que sea diagnosticado, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves (OMS, 2020).

Se ha propuesto que las personas que tienen problemas emocionales pueden estar en mayor riesgo de desarrollar este tipo de adicción a los video-

juegos, ya que el entorno interactivo permite a las personas experimentar partes de su personalidad que en la vida real le resulta difícil expresar, pudiendo ser más sociales, tener roles de liderazgo, o incluso nuevas identidades, pudiendo generar una pérdida de la identidad cuando se pierde la línea entre lo real y la fantasía (Young, 2004).

Existen diversas hipótesis que tratan de explicar la adicción a los videojuegos. La primera asume una relación con características de la personalidad (baja autoestima, alta impulsividad y afectividad negativa) y un conjunto de variables sociales (soledad, mala competencia social) (Mihara e Higuchi 2017).

La segunda tiene que ver con el deficiente control cognitivo atencional y conductual, los cuales aumentan el riesgo de la adicción a los videojuegos a través de la falta de supresión de los impulsos al juego, dando como resultado un tiempo prolongado y sostenido de horas de juego (Wei et al. 2017), asimismo, se ha observado que un control ejecutivo deficiente también puede resultar en varias horas de juego y, por lo tanto, entrar en un círculo vicioso, manteniendo o incluso agravando la adicción (Brand et al. 2016).

La tercera hipótesis se relaciona con los estilos de afrontamiento disfuncionales y los factores estresantes de la vida cotidiana, los cuales pueden llevar a las personas a regular sus emociones negativas por medio de los videojuegos (Brand et al. 2016). Por lo tanto, las personas con habilidades de regulación emocional deficiente serían particularmente propensas a desarrollar una adicción a los videojuegos.

¿Con qué frecuencia se presentan las diferentes adicciones conductuales?

Este trastorno se estima afecta a aproximadamente entre el 0.12% al 5.8% de la población general (Calado & Griffiths, 2016). En población clínica se ha observado que la prevalencia aumenta significativamente, por ejemplo, en consumidores de sustancias se reportado en un 4.3% (Cowlshaw & Hakes, 2015), en pacientes psiquiátricos en 6.9%. Asimismo, se ha reportado que el 96% de las personas con juego patológico presenta uno o más trastornos psiquiátricos, y el 64% tiene tres o más trastornos psiquiátricos (Kessler et al., 2008).

De hecho, el consumo de sustancias, los trastornos de control de impulsos, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad fueron particularmente prevalente entre las personas con juego patológico.

Esta problemática suele ser mayor en adultos mayores de 60 años, pues la prevalencia de juego patológico alcanza hasta el 10.4% (Subramaniam et al., 2015). Respecto a otras características sociodemográficas, se estima que la prevalencia del juego patológico es mayor entre los hombres que nunca se han casado, y entre quienes tienen un trastorno de personalidad (Verdura Vizcaíno, Fernández-Navarro, Petry, Rubio, & Blanco, 2014). Hallazgos recientes indican que los adultos de mayor edad suelen jugar con mayor frecuencia para reducir estados emocionales displacenteros, lo que puede limitar el acceso para realizar otras actividades recreativas (Subramaniam et al., 2015).

Resulta difícil estimar la prevalencia del trastorno por videojuegos, ya que va desde el .6% hasta el 50%, esto puede deberse a los instrumentos de evaluación, la población de estudio y los criterios diagnósticos utilizados, sin embargo, se ha observado que las tasas de prevalencias son más altas en los países de continente asiático (China 21.5%, Taiwán 34% y Corea del sur 50%) y en varones de 12 a 20 años de edad (Kuss & Griffiths, 2012). Asimismo, se estima que existe una comorbilidad entre la adicción a los videojuegos y distintos trastornos psiquiátricos, como lo es la depresión (13%), ansiedad (9%), déficit de atención e hiperactividad, consumo de alcohol (16%), depresión y consumo de alcohol (26%) (Na, Lee, Choi, & Kim, 2017; Mihara & Higuchi, 2017).

¿Co-ocurrencia entre adicciones conductuales y otros trastornos psiquiátricos?

La co-ocurrencia entre las conductas adictivas con otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión y TCS es frecuente. Se estima que la prevalencia de algún trastorno de ansiedad es de 37.4%, mientras que para depresión es de 23.1% (Lorains et al., 2011). La mayor co-ocurrencia se presenta con el TCS: se estima que oscila entre el 57.5% y 64% (Black & Moyer, 1998; Lorains et al., 2011). Al

desglosarlo por sustancia, se tiene que la co-ocurrencia con el trastorno por consumo de alcohol es del 28.1%, y para el trastorno por consumo de nicotina es del 60.1% (Lorains et al., 2011).

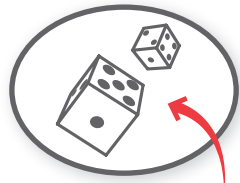
Las personas con trastorno por consumo de alcohol tienen hasta tres veces mayor riesgo de presentar juego patológico, en comparación con quienes no presentan trastorno por consumo de alcohol (el-Guebaly, Mudry, Zohar, Tavares, & Potenza, 2012). Por su parte, aquellos con juego patológico presentan hasta cuatro veces más riesgo de reunir criterios diagnósticos para trastorno por consumo de alcohol, en comparación con personas sanas (Bland, Newman, Orn, & Stebelsky, 1993).

¿Qué son las adicciones conductuales?

Las adicciones conductuales son acciones repetitivas, las cuales se inician por un impulso que no se puede detener. Estas acciones pueden ayudar a los individuos a escapar, disminuir la ansiedad, liberar la tensión y sentirse eufóricos.

Juego patológico

Es la conducta que ha mostrado mayor evidencia para ser considerada como una adicción. El juego patológico hace referencia a la conducta de apostar dinero o algún objeto de valor sobre el resultado de un evento incierto.



La principal característica de este trastorno es la conducta de juego mal adaptativa, persistente y recurrente que ocasiona efectos negativos sobre los aspectos personales, familiares, sociales y profesionales de la persona afectada.

Otra característica del juego patológico son los pensamientos distorsionados, por ejemplo, creer que se tiene el poder para influir en los resultados del juego y pensamientos supersticiosos.

Las adicciones conductuales comparten características con el TCS, tales como: pérdida de control sobre la conducta y activación del sistema de recompensa.

En las personas con juego patológico, es común un fenómeno denominado ganar lo perdido. Consiste en tomar riesgos cada vez mayores, como apostar mayores cantidades de dinero con la finalidad de recuperar las pérdidas.

Como ocurre en el caso del trastorno por consumo de sustancias (TCS), el diagnóstico de juego patológico debe ser hecho por un especialista en adicciones y/o salud mental.

Videojuegos

Es descrito como un patrón de uso excesivo, persistente y prolongado de videojuegos en línea (internet) o fuera de ella.

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades versión II (CIE-II: OMS, 2020), las personas suelen manifestar una serie de síntomas cognitivos y conductuales similares a la adicción a sustancias, tales como: pérdida progresiva de control sobre el juego, incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria, continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas.

Criterios para establecer el diagnóstico del juego patológico

- 1 Necesidad de jugar mayores cantidades de dinero para lograr la excitación deseada.
- 2 Estar inquieto o irritable cuando intenta interrumpir o detener el juego.
- 3 Haber efectuado reiterados esfuerzos no exitosos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- 4 Estar preocupado frecuentemente por el juego de apuestas.
- 5 Jugar frecuentemente cuando se siente con distrés (por ejemplo: desesperanzado, culpable, ansioso o deprimido).
- 6 Después de perder dinero en el juego, volver con frecuencia otro día para intentar recuperarlo (ganar lo perdido).
- 7 Mentir para ocultar su grado de implicación en el juego.
- 8 Haber arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, oportunidades de trabajo y educativas o profesionales debido al juego.
- 9 Confiar en que los demás le proporcionen el dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

¿Con qué frecuencia se presentan las diferentes adicciones conductuales?

Las adicciones conductuales son acciones repetitivas, las cuales se inician por un impulso que no se puede detener. Estas acciones pueden ayudar a los individuos a escapar, disminuir la ansiedad, liberar la tensión y sentirse eufóricos.

Según encuestas en hogares, se estima que:

2.7% de adultos presentaron juego patológico en el año previo a la encuesta

4.2% cuando se exploró la presencia del trastorno a lo largo de la vida

10.4% es la prevalencia de juego patológico en adultos mayores de 60 años

Hallazgos recientes indican que los adultos de mayor edad suelen jugar con mayor frecuencia para reducir estados emocionales displacenteros.

Es difícil estimar la cantidad de personas que presentan otras conductas adictivas debido a la falta de acuerdo sobre los criterios diagnósticos.

4.0% - 19.1% es la prevalencia entre los adolescentes que presentan adicción a internet

0.7% - 18.3% es el rango entre los adultos que presentan adicción a internet

La prevalencia de juego patológico es mayor entre los hombres que nunca se han casado, y entre quienes tienen un trastorno de personalidad.

¿Co-ocurrencia entre adicciones conductuales y otros trastornos psiquiátricos?

La co-ocurrencia entre juego patológico con otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión y TCS es frecuente.

37.4% es la prevalencia de co-ocurrencia entre adicciones conductuales y algún trastorno de ansiedad

23.1% es la prevalencia de co-ocurrencia entre adicciones conductuales y depresión

La mayor co-ocurrencia se presenta con el TCS

57.5% - 64% es la prevalencia de co-ocurrencia entre adicciones conductuales y el TCS

Al desglosarlo por sustancia, se tiene que:

28.1% es la prevalencia de co-ocurrencia entre adicciones conductuales y el trastorno por consumo de alcohol

60.1% es la prevalencia de co-ocurrencia entre adicciones conductuales y el trastorno por consumo de nicotina

Las personas con TCA tienen hasta tres veces mayor riesgo de presentar juego patológico, en comparación con quienes no lo tienen.

Referencias

- Afifi, T. O., Cox, B. J., Martens, P. J., Sareen, J., & Enns, M. W. (2010). The relationship between problem gambling and mental and physical health correlates among a nationally representative sample of Canadian women. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Sante Publique*, 101(2), 171–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20524385>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2010). Hypersexual disorder. DSM-5 development. Retrieved from <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=415>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth Edition. Arlington. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Back, K.-J., Williams, R. J., & Lee, C.-K. (2015). Reliability and Validity of Three Instruments (DSM-IV, CPGI, and PPGM) in the Assessment of Problem Gambling in South Korea. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 775–786. <https://doi.org/10.1007/s10899-014-9442-9>
- BBC News. Korean dies after games session. Published 2005. Accessed November 30, 2020. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/technology/4137782.stm>
- Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 49(11), 1434–9. <https://doi.org/10.1176/ps.49.11.1434>
- Bland, R. C., Newman, S. C., Orn, H., & Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38(2), 108–12. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8467435>
- Block, J.J.(2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165: 306–3
- Brand, M., Young, K. S., Laier, C., Wolfling, K., & Potenza, M. N. (2016). Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I PACE). model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 71, 252–266. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.033>.
- Carbonell, X. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5 The Internet Gaming Disorder in the DSM-5. *ADICCIONES*, 26(26). Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289131590001.pdf>
- el-Guebaly, N., Mudry, T., Zohar, J., Tavares, H., & Potenza, M. N. (2012). Compulsive features in behavioural addictions: the case of pathological gambling. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(10), 1726–34. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03546.x>
- Feigelman, W., Wallisch, L. S., & Lesieur, H. R. (1998). Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: an epidemiological study. *American Journal of Public Health*, 88(3), 467–70.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9518986>

- Griffiths, M.D. (2012) Internet sex addiction: A review of empirical research, *Addiction Research & Theory*, 20:2, 111-124, DOI: 10.3109/16066359.2011.588351
- Grusser, S.M., Thalemann, R. and Griffiths, M.D.2007. Excessive computer game playing: evidence for addiction and aggression?. *CyberPsychology and Behavior*, 10: 290–292.
- Holden Constance. (2010). Behavioral Addictions Debut in Proposed DSM-V. *Science*, 327, 935.
- Karim, R., & Chaudhri, P. (2012). Behavioral Addictions: An Overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 5–17. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662859>
- Leung, L.(2004). Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3): 333–348.
- Leung, L.(2007). Stressful life events, motives for Internet use, and social support among digital kids. *CyberPsychology & Behavior*, 10(2): 204–214.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
- Mihara, S., & Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(7), 425–444. <https://doi.org/10.1111/pcn.12532>.
- Potenza, M. N. (2014). Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addictive Behaviors*, 39(1), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.004>
- Reith, G., & Dobbie, F. (2012). Lost in the game: Narratives of addiction and identity in recovery from problem gambling. *Addiction Research & Theory*, 20(6), 511–521. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.672599>
- Subramaniam, M., Wang, P., Soh, P., & Vaingankar, J. (2015). Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: a systematic review. *Addictive Behaviors*, 41, 199–209. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.007>
- Szerman, N., Ferre, F., Basurte-Villamor, I., Vega, P., Mesias, B., Marín-Navarrete, R., Arango, C. (2020). Gambling Dual Disorder: A Dual Disorder and Clinical Neuroscience Perspective. *Frontiers Psychiatry*, 11, 589155. doi: 10.3389/fpsyt.2020.589155.
- Tanner, L.2007. "AMA considers video game overuse an addiction". In *The Associated Press*Retrieved on August 7, 2007, from <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/06/27/AR2007062700995.html>
- Verdura Vizcaíno, E. J., Fernández-Navarro, P., Petry, N., Rubio, G., & Blanco, C. (2014). Differences between early-onset pathological gambling and later-onset pathological gambling: data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Addiction* (Abingdon, England), 109(5), 807–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25006638>

- Wei, L., Zhang, S. Y., Turel, O., Bechara, A., & He, Q. H. (2017). A tripartite neurocognitive model of internet gaming disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00285>.
- World Health Organization (1992). ICD 10: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva.
- Yau, Y. H. C., Crowley, M. J., Mayes, L. C., & Potenza, M. N. (2012). Are Internet use and video-game-playing addictive behaviors? Biological, clinical and public health implications for youths and adults. *Minerva Psichiatrica*. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc9&NEWS=N&AN=2012-34001-002>
- Yau, Y. H. C., & Potenza, M. N. (2015). Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 134–146. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000051>
- Young, K. (2004). "Internet Addiction: The consequences of a new clinical phenomena". In *Psychology and the New Media*, Edited by: Doyle, K. 1–14. Thousand Oaks, CA: American Behavioral Scientist.

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
y la Universidad Iberoamericana, A. C. y se
han terminado los trabajos de esta
primera edición febrero de 2022
en Ciudad de México, México.

1a. edición, 2022

•

