



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología

**INCIDENCIA DE ALEXITIMIA EN PERSONAS QUE
PADECEN ABUSO Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS Y RECIBEN TRATAMIENTO EN
CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA
DROGODEPENDENCIA EN LA CIUDAD DE CUENCA.**

**Trabajo de Graduación previo a la
Obtención del título de Psicólogo Clínico.**

Autora: María Elízabeth Jaramillo Vintimilla.

Directora: Mgst. Sandra Lima Castro.

Cuenca, Ecuador

2012



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología

INCIDENCIA DE ALEXITIMIA EN PERSONAS QUE PADECEN ABUSO Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y RECIBEN TRATAMIENTO EN CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA DROGODEPENDENCIA EN LA CIUDAD DE CUENCA.

Trabajo de tesis Graduación previo a la
Obtención del título de Psicólogo Clínico.

Autor: María Elizabeth Jaramillo Vintimilla.

Directora: Mgst. Sandra Lima Castro.

Cuenca, Ecuador

2012

DEDICATORIA:

Este trabajo va dedicado a todas aquellas personas que tienen la voluntad de aportar a este mundo con su granito de arena para hacerlo un lugar mejor.

Además, va dedicado, a todas esas personitas que están en este mundo y los que están por venir, porque en ellos está el futuro.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco el apoyo y la motivación de todos quienes estuvieron a mí lado durante este proceso.

A mis padres y familia por todo el apoyo, la motivación, la paciencia y el amor incondicional que los ha caracterizado siempre.

A mi esposo por la motivación inmensa, la paciencia y la escucha empática de los interminables monólogos explicativos sobre el tema de investigación.

A mis amigos, a todos ellos, por la ayuda, apoyo y diálogos que llevaron a muchos insights en pro del proyecto.

A mi directora de tesis por haberme tendido una mano y haber compartido sus conocimientos.

A los centros de rehabilitación por haberme abierto sus puertas y a todas aquellas personas que supieron prestarme su ayuda.

Gracias por acompañarme en el camino a cumplir un sueño.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
INDICE DE CONTENIDOS.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCION.....	1
Capítulo I	
ALEXITIMIA	
1.1. Reseña histórica.....	5
1.1.1. Etiología.....	8
1.1.1.1. Hipótesis neuroanatómica.....	8
1.1.1.2. Hipótesis psicodinámica.....	9
1.1.1.3. Hipótesis sociocultural.....	10
1.1.2. Perfil del alexitímico.....	10
1.2. Alexitimia: comorbilidad con otros trastornos.....	12
1.3. Tipos de alexitimia.....	15
1.3.1. Alexitimia primaria.....	16
1.3.2. Alexitimia secundaria.....	16
1.4. Rasgos que caracterizan la alexitimia.....	17
1.4.1. Rasgos esenciales.....	17
1.4.2. Rasgos accesorios.....	18
1.5. Influencia de la alexitimia en relaciones familiares e interpersonales..	18
Capítulo II	
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
2.1. Definición.....	22
2.2. Clasificación.....	23
Cuadro de clasificación de drogas.....	27
2.3. Efectos.....	28
2.3.1. Estimulantes.....	29
2.3.2. Narcóticos.....	44
2.3.3. Depresores.....	48

2.3.4. Alucinógenos.....	52
2.4. Trastorno de abuso y dependencia a sustancias psicoactivas.....	59
2.4.1. DEPENDENCIA	59
2.4.1.1. Definición.....	59
2.4.2. ABUSO	60
2.4.2.1. Definición.....	60
2.4.3. Causas.....	61
2.4.4. Tratamiento.....	62
2.4.5. Consumo de drogas en el ámbito nacional.....	65

Capítulo III

ANÁLISIS DE RESULTADOS ESTADÍSTICOS

3.1. Método.....	68
3.1.1. Participantes.....	68
3.1.2. Variables e instrumentos.....	68
3.1.3. Procedimiento.....	69
3.1.4. Análisis de datos.....	70
3.2. Resultados.....	70
3.3. Discusión.....	77

Capítulo IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1. Planificación.....	80
4.1.1. Formulación etiopatogénica.....	80
4.1.2. Descripción de la personalidad.....	81
4.1.3. Formulación de objetivos.....	82
4.1.4. Señalamiento de técnicas.....	83
Primera sesión.....	83
Segunda sesión.....	84
Tercera sesión.....	85
Cuarta sesión.....	85
Quinta sesión.....	86
Sexta sesión.....	87
Séptima sesión.....	87
Octava sesión.....	88
Novena sesión.....	88

Décima sesión.....	89
CONCLUSIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	94
ANEXOS.....	96
ANEXO 1 TABLAS DE RESULTADOS.....	97
TABLA 1.....	98
TABLA 2.....	99
TABLA 3.....	100
TABLA 4.....	101

RESUMEN

El presente trabajo, pretende medir y conocer el grado de alexitimia de pacientes varones que padecen abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, y los determinantes que los vuelven más vulnerables a dicho trastorno.

La población del estudio se compone de 44 hombres con abuso y dependencia de sustancias, que se encuentran internos en centros de rehabilitación. Se utilizó el TAS-20 (Toronto Alexitme Scale – 20) aplicándolo al principio del tratamiento, máximo dos semanas de internamiento, y seis semanas después; el ASI-6 (Addiction Severity Index - 6) se aplicó una sola vez para poder comprobar los diagnósticos.

Los resultados nos muestran un muy alto nivel de alexitimia en los pacientes, con un ligero aumento, no significativo estadísticamente, en la segunda aplicación.

ABSTRACT

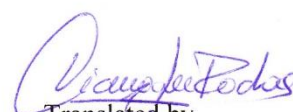
The intention of the present project is to measure and know the level of alexithymia in male patients who suffer of abuse and dependence of psychoactive substances, as well as to understand the determining factors that make them vulnerable to this type of disorder.

- The population of this study was made up of 44 men who presented abuse and dependence of substances and who had been admitted to rehabilitation centers. The TAS-20 (Toronto Alexitime Scale – 20) was applied at the beginning of the treatment and at the start of the last phase of the treatment, and the ASI-6 (Addiction Severity Index – 6) to prove the diagnosis.

The results show a high level of alexithymia in the patients at the beginning and at the end of the treatment, which is why a therapeutic plan is recommended.



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
DPTO. IDIOMAS



Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito de los trastornos adictivos, muchos factores han sido estudiados; sin embargo en la ciudad de Cuenca la investigación aún es escasa; por lo que es necesario tomar en cuenta, cómo la presencia de ciertos agentes que pueden agudizar la dinámica de los trastornos adictivos. La investigación radica en determinar la incidencia de alexitimia en personas que padecen abuso y dependencia a sustancias psicoactivas y se encuentran residiendo de internos en clínicas y centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca.

Siendo la alexitimia un trastorno emocional; en el que se le dificulta al sujeto identificar y describir emociones, distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional, su imaginación es mínima, al igual que la capacidad de fantasear y tienen un estilo cognitivo orientado hacia el exterior; hay una tendencia clara en ellos a sentir un malestar general e indescifrable; y dado que es muy común ver casos de consumo de sustancias psicoactivas frente a situaciones de estrés, ansiedad o tensión; fácil es deducir que con pastillas, alcohol y/o drogas, pareciera que la persona que padece alexitimia logra anestesiar aquella sensación de malestar incomprendida por sí misma.

Se pretende averiguar si la alexitimia es un factor psicológico relacionado con los trastornos de abuso y dependencia de sustancias para crear un aporte investigativo con los resultados obtenidos, motivar un trabajo terapéutico integrativo, focalizado no solamente en dejar de consumir, sino también en el desarrollo y manejo emocional.

Para esto se solicitó la apertura de ciertos centros de rehabilitación de la ciudad (CEPAD, CIRAD, CREIAD y Clínica de rehabilitación de alcohol y drogas "12 PASOS"), de los que se obtuvo una población inicial de 54 personas, pero por diferentes motivos se perdió una muestra de 10 pacientes; dándonos un total final de 44 hombres consumidores de sustancias psicoactivas que conforman la investigación; con un rango de edad entre 18 y 67 años.

Con esta muestra de personas se pretende determinar, estadísticamente, si la alexitimia es o no un factor psicológico relacionado con los trastornos de abuso y dependencia de sustancias; además si hay diferencia en los niveles de alexitimia según sustancia de preferencia, edad, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Para llevar a cabo el estudio, y despejar las hipótesis planteadas, se estableció dos instrumentos: TAS-20

(Toronto Alexitime Scale – 20) y ASI-6 (Addiction Severity Index – 6). El primer reactivo fue creado para medir el grado de alexitimia en las personas; este test fue aplicado en dos tiempos, el primero fue con los pacientes que tengan máximo dos semanas de ingreso al centro de rehabilitación; y la segunda un mes y medio después de la primera aplicación. El ASI-6 fue aplicado una sola vez con el motivo de medir la severidad de la adicción de los sujetos y de esta manera comprobar en el DSM-IV-TR los criterios diagnósticos de dependencia y abuso de sustancias.

Después de obtener los resultados de los tests aplicados los datos son ingresados y procesados estadísticamente por el SPSS, de esta manera, y por medio de los procesos adecuados, se obtienen los resultados necesarios para despejar las dudas planteadas.

Para poder tener un entendimiento más profundo sobre el tema de la investigación, se determinó la elaboración de dos capítulos teóricos, el primero dedicado a la alexitimia: reseña histórica, etiología, rasgos de personalidad, tipos de alexitimia, comorbilidad, rasgos esenciales y accesorios, influencia de la alexitimia en las relaciones personales, etc. El segundo capítulo es una revisión sobre el tema de las sustancias psicoactivas, su definición, clasificación, efectos, definición de dependencia y abuso de sustancias, causas por las que dichos trastornos se presentan, tipos de tratamiento, etc. La elaboración del tercer capítulo se planificó en tres etapas, primero la aplicación de los test; segundo después de un tiempo determinado la se tuvo que aplicar nuevamente el reactivo referente a la alexitimia; y tercero ingresar y procesar estadísticamente los datos de todas de las aplicaciones y por último elaborar una redacción interpretativa. El capítulo cuarto: la propuesta del plan terapéutico para tratar la alexitimia; para cuya elaboración se deberá tomar en cuenta los resultados obtenidos, las necesidades de los pacientes que formaron parte del estudio y aquellas técnicas que proporcionen un desarrollo emocional profundo y el manejo de las mismas; cuyo objetivo es establecer una guía base de plan terapéutico de diez sesiones y los pasos a seguir para realizar una planificación de terapia.

Con esta investigación se pretende hablar de un tema poco tratado, pero sin embargo muy importante para el éxito de cualquier trabajo terapéutico, y dado que el ideal es abarcar un abordaje de carácter holístico en el paciente, y de esta manera trabajar desde todos los ámbitos, proporcionando las herramientas necesarias, y no solo las que se asumen importantes para determinado tipo de pacientes.

El desarrollo emocional y el manejo adecuado del mismo, proporciona estabilidad en esta área, lo que proporciona estabilidad cognitiva; y a su vez física; somos seres biopsicosociales y cada parte de nosotros está íntimamente relacionada con las demás; buscando un buen desarrollo y desenvolvimiento de cada una se proporciona equilibrio y bienestar en la persona.

CAPÍTULO I

ALEXITIMIA

CAPÍTULO I

1. ALEXITIMIA

1.1. Reseña histórica

La alexitimia esta históricamente ligada a los trastornos psicossomáticos, pues a través de la observación de los mismos es que se pudo deducir la existencia de la dificultad para expresar y diferenciar sus estados afectivos.

Etimológicamente hablando, alexitimia viene de los vocablos griegos: “a”: falta, “lexi”: palabras y “thymos”: afecto; dándonos siguiente significado del término: “ausencia de verbalización de afectos”. (Sivak & Waiter, 1998)

La aparición del constructo *Alexitimia* se dio a partir de las observaciones clínicas, realizadas inicialmente con pacientes psicossomáticos, lo que va generando varias teorías desarrolladas en torno al concepto del tema (Otero, 1999):

- F. Alexander (1950) y F. Dunbar (1935) (citado en Otero, 1999): señalan que alexitimia es cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, son expresados por el canal somático.
- Ruesch (1948) leído en una publicación de Otero (1999): describe un tipo de personalidad psicossomática llamada “personalidad infantil”; misma que caracteriza a los individuos por una detención en el desarrollo, produciendo en ellos dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias, por lo que se exponen repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos.
- McLean (1949) (citado en Otero, 1999): señala que las emociones en lugar de dirigirse al neocórtex; lugar donde encuentran la expresión simbólica mediada por palabras; se descargan directamente a través del sistema nervioso autónomo,

convirtiéndose de esta manera en un “leguaje de órganos”.

- A principios de los años 50, fue Karen Horney (citado en Otero, 1999) quién se adentró en la dolencia de los trastornos psicossomáticos, concluyó que son aquellos que mayor dificultad tienen para crear conciencia de sus emociones, por lo que el abordaje psicoanalítico se dificulta. Así mismo observa que estos pacientes además de una falta de conciencia emocional, muestran escasez de experiencias internas, incapacidad para soñar, pensamiento concreto y estilo de vida de cara al exterior.

- P. Marty y M. de M'Uzan (1963) leída en una publicación de Otero (1999): observan las características de alexitimia y desarrollaron un el término “pensamiento operatorio” para designar a este estilo de funcionamiento mental, característico en sus pacientes psicossomáticos, mismos que tienden a traducir la realidad de una forma concreta, estereotipada, afectiva y fantasiosamente pobre. Este término se constituye por los siguientes parámetros específicos: 1. un estilo de vida orientado hacia la acción. 2. un estilo cognitivo externamente orientado, literal, concreto, objetivo y poco abstracto.

Además introdujeron también el término “vida operatoria” que describe un concepto más amplio que el anterior; pues resalta la disminución del pensamiento frente a la importancia de los comportamientos.

En la vida operatoria el “yo” se desorganiza y los instintos quedan reducidos a un funcionamiento automático, el deseo desaparece, la supresión de las relaciones originales con los otros y consigo mismo; la pérdida del interés por el pasado y el futuro; la ausencia de verdadera comunicación con el inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto. (Espina, 2000)

- P. Sifneos y J. Nemiah (1963) (citado en Otero, 1999): fueron quienes introdujeron el término *alexitimia*, en la década de los 70, utilizado para describir un estilo cognitivo-afectivo con ausencia de afectos al momento de la expresión verbal y dificultad para diferenciar entre sensaciones corporales de afectos, emociones o sentimientos. Sifneos hace énfasis en la diferencia entre afecto, emoción y sentimiento: la emoción se relaciona con la reacción visceral ante el impulso afectivo, abarca con la dimensión biológica del afecto, pulsión expresada por conductas y comportamientos.

Los sentimientos, por otro lado, son un estado interno con componentes biológicos-cerebrales y psicológicos.

Según el precepto mencionado, se sostiene que los pacientes alexitímicos tienen emociones, pero la expresión de sus sentimientos está atrofiada, por lo que ante cualquier estímulo afectivo sólo se dan respuestas de tipo fisiológicas y comportamentales.

- Krystal (1979) (citado en Otero, 1999): identifica tres áreas de trastorno en la alexitimia:

1. "Pensamiento operatorio" objetivo, concreto, no hay capacidad de abstracción.
2. Incapacidad para diferenciar las emociones, de las sensaciones corporales no afectivas, por lo que no hay expresividad emocional, solo sensaciones físicas.
3. Incapacidad de empatía con el resto de la gente.

Este autor además divide los rasgos característicos de la alexitimia en: esenciales y accesorios.

- Rasgos Esenciales:

1. Pensamiento simbólico reducido o ausente.
2. Limitada capacidad para fantasear.
3. Dificultad para verbalizar afectos.

- Rasgos Accesorios:

1. "pseudoadaptación social" apego rígido a las normas.
2. Relaciones sociales estereotipadas.
3. Impulsividad como expresión de conflictos.
4. Personalidad inmadura.
5. Es resistente a la psicoterapia tradicional (citado en Espina, 2000)

Con el tiempo, la alexitimia se pudo también atribuir a los trastornos por estrés post-traumáticos, después de haber realizado entrevistas a los veteranos de la guerra de Vietnam y a sobrevivientes de los campos de concentración nazi. (Sivak & Waiter, 1998)

Actualmente la *alexitimia* está caracterizada por un número de particularidades, resultado de los estudios realizados a lo largo de los años.

1.1.1. Etiología:

Además de los diferentes conceptos de alexitimia, encontramos también varias hipótesis relacionadas con la génesis del trastorno, dándoles una naturaleza neuroanatómica, psicodinámica y sociocultural, dependiendo del investigador que trata de dar la investigación de origen del trastorno. (Constanza, Sanchis, y Rodriguez, 2008)

1.1.1.1. Hipótesis neuroanatómica

Las hipótesis neuroanatómicas tienen como principal fundamento el hecho de que las emociones se localizan en el hemisferio derecho, en la mayoría de las personas diestras, y por otro lado la expresión verbal en el hemisferio izquierdo. Así; teniendo claro esta idea, se puede decir que la *alexitimia* es el resultado de la falta de comunicación entre ambos hemisferios, esta hipótesis es planteada por McLean (1949) leída en la publicación de Constanza (2008), después de observar que los pacientes psicósomáticos respondían, la mayor parte del tiempo, a las emociones de forma física, dado que; para este autor; en estos casos hay una alteración en la conexión entre el sistema límbico y el neocórtex.

Nemiah (1975) (citado en Constanza, Sanchis, y Rodriguez, 2008), a partir de la teoría de McLean, señala que el individuo alexitímico, debido a la interrupción de flujo de información desde el hipotálamo al neocórtex, experimenta la reacción propia producida por el sistema límbico, más no la vivencia psíquica, resultado de la simbolización o abstracción del afecto sentido. La amígdala es la que responde a la emoción, se acciona frente al impulso afectivo y la corteza prefrontal es la que piensa lo que sentimos.

En la actualidad se ha postulado una posibilidad de orden genético, sobre las cuales se establece los rasgos alexitímicos, mostrando que los afectos son sistemas psicofisiológicos determinados por la actuación de hormonas neuromoduladoras, que están representadas en varios sistemas como el dopaminérgico, noradrenalérgico. (Constanza, Sanchis, y Rodriguez, 2008)

1.1.1.2. Hipótesis Psicodinámica

Como es lo común en este enfoque, se cree que el origen del trastorno se da en la primera infancia; específicamente por los sucesos dados en la relación madre e hijo.

McDougall (1991), leído en la publicación de Espina (1998), describe que cuando el ser humano es bebé no puede organizar, simbolizar, ni comunicar lo que siente y por lo tanto actúa, es decir; un bebé es por definición alexitímico; y necesita de otras personas para que sus emociones sean interpretadas y manejadas. Plantea, además, que el origen de la alexitimia como el de la enfermedad psicósomática surge en el vínculo primario que se tiene con la madre. La relación materna resulta de vital importancia para la estructuración del bebé en cuanto a la constitución de su propio Yo, ya que es la madre quien puede interpretar las emociones del niño y responder a ellas, permitiendo además la diferenciación.

La dificultad de la madre de contener y traducir los estímulos afectivos del bebé sería central, lo que nos llevaría a pensar que existiría una falla en la internalización de una imagen materna capaz de contener la angustia y proporcionar la sensación de protección al sujeto en situaciones de tensión. La madre que es incapaz de comprender las emociones que el niño trata de comunicar, también resulta incapaz de hacerlo con sus propias emociones.

Krystal (1979) (citado en Espina, 1998) describe una evolución de las emociones de infantiles a adultas como una consecuencia de carácter epigenético, caracterizada por la capacidad de diferenciar las emociones entre sí, la capacidad de verbalizarlas y por ende una progresiva capacidad para dejar de somatizarlas.

Desde éste enfoque, la *alexitimia* se plantea en términos estructurales y dimensionales. La perspectiva estructural plantea que existe una estrecha relación entre alexitimia y una estructura de personalidad psicósomática; de esta manera se propone un modelo de déficit en la función simbólica, que hace que el sujeto experimente una afectividad empobrecida, junto con una percepción.

Desde el término dimensional, la *alexitimia* se entiende como rasgo; misma que tiene un carácter de dimensiones continuas y no dicotómicas. Así, todas las personas pueden

actuar de modo operatorio o alexitímico, de esta manera; frente a situaciones difíciles; todos podemos actuar de modo alexitímico. (Espina, 1998)

1.1.1.3. Hipótesis sociocultural

Los factores socioculturales, los modelos de comunicación familiar, además del aprendizaje social, los factores intrapsíquicos y neurofisiológicos, son los mediadores para que se forme un estilo de comunicación determinado en la persona. Así pues, una estructura familiar puede determinar el grado de capacidad para verbalizar las emociones y la asociación de éstas con fantasías y sentimientos, de esta manera si la influencia del entorno de hogar es negativa, el individuo tendrá una probabilidad mucho más grande de ser conducido a desarrollar características negativas. (Páez, 2000)

De esta forma se puede clasificar a las familias, según la influencia para el desarrollo emocional en: *facilitadoras y supresoras*.

Las familias facilitadoras son aquellas que apoyan y motivan la verbalización de los afectos, establecen un modelo de comunicación asertivo y se entrenan las habilidades para expresar los afectos.

Por otro lado en las familias supresoras no se hablan de los afectos, se suprime la verbalización de ellos, se fomentan las conversaciones objetivas, factuales y concretas, llevando esto al desarrollo de niños “emocionalmente mudos”. (Páez, 2000)

1.1.2. Perfil de personalidad alexitímico:

Francisco Alonso Fernández (2011) logra definir un perfil de personalidad alexitímico, en un artículo sobre el tema, presentado para la revista *Salud mental*. Las características de la alexitimia son tomadas a partir de aquellas raíces etimológicas señaladas anteriormente, pero para poder hablar de perfil de personalidad, se debe tomar en cuenta un sentido más global, abarcando con datos afectivos, cognitivos, psicomotores y somáticos, dando como resultado los siguientes rasgos de personalidad:

- Incapacidad de identificar,
- Tendencia al aislamiento, sin

reconocer, describir sus emociones y especial dificultad para hallar las palabras para describirlos.

- Pobreza en la expresión verbal, mímica o gestual de las emociones o los sentimientos.
- Incapacidad para captar las emociones ajenas, falta de empatía.
- Pensamiento muy concreto, con dificultad para el pensamiento abstracto.
- Pensamiento centrado en detalles externos, sin conexión con la esfera vivencial interna.
- Fantasías, ensoñaciones y actividad onírica reducida o nula.
- Incapaces de hacer introspección y de ser creativos.
- Psicomotilidad rígida y escasamente expresiva.
- Recurren a la acción para afrontar y solucionar sus problemas.
- Descripción detallada de los hechos.
- Tipo de discurso monótono-lineal, detallista y aburrido.
- Mucha dificultad para establecer contacto afectivo o mantener una dinámica comunicacional.
- Relaciones interpersonales estereotipadas, siguen un patrón rígido, enmarcado en la dependencia, por lo general.

sensación de soledad.

- Expresión facial general, vista como seria o aburrida.
- Utiliza como uno de sus mecanismos de defensa la proyección, establecen que los demás son aburridos, ven a los demás con sus propias características.
- Son diestros en el manejo de la defensa proyectiva.
- Descargan sus emociones a través del sistema vegetativo corporal, siendo este el responsable de las funciones básicas del organismo necesarias para la vida; como el metabolismo, la respiración, el sistema circulatorio, el sistema digestivo, el sistema hormonal, el sistema inmunitario, etc., provocando de esta manera una disfunción o lesión de los órganos más vulnerables a la somatización.
- Dificultad para diferenciar las emociones de las sensaciones corporales.
- Tendencia a formular proyectos de corto alcance, de manera programada y/o mecanizada, como si fuese un robot.
- Alto grado de conformidad social, rasgo categorizado como una "pseudonormalidad".
- Reducción de un porcentaje del sueño REM. (Fernández, 2011)

Como una conclusión general de los rasgos de personalidad alexitímicos mencionados,

se puede decir que el núcleo de este perfil de personalidad reside en un mal funcionamiento afectivo al no ser capaces de identificar, reconocer, describir o nombrar las emociones propias, y una clara dificultad para captar emociones ajenas, es decir poseen una conciencia emocional muy pobre. Por esta razón es que a los alexitímicos también han sido llamados: “afásicos de sentimientos”, “afásicos afectivos” o “analfabetos emocionales”.

1.2. Alexitimia: comorbilidad con otros trastornos

Se ha podido confirmar que la alexitimia aparece también en pacientes con trastornos somatoformes, con trastornos de dolor psicógeno; con trastornos de estrés postraumático; con neurosis de carácter, con perversiones sexuales, con trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia nerviosas, además en obesos, en toxicómanos y en alcohólicos; en pacientes con dolor lumbar crónico; en el asma crónico; en el juego patológico; en enfermedades como la inflamatoria intestinal; en pacientes con cáncer de mama.

De todas formas, no todos los sujetos psicósomáticos padecen alexitimia, más bien parece un factor de riesgo, pues si recordamos, los trastornos en los que hay un déficit en el manejo de las emociones, lleva a las acciones impulsivas como medio de manejar conflictos como el abuso de drogas, bulimia, juego patológico, etc. (Espina, 1998)

Tomando en cuenta el ejemplo dado, según la incidencia, se puede deducir que la comorbilidad de alexitimia con otros trastornos es un hecho bastante común.

Podemos hablar sobre Sivak y Wiater (1998) (citado en Sanchez, 2010) al mencionar las diversas entidades clínicas comunes relacionadas con la alexitimia, pues fueron ellos quienes realizaron este recorrido:

→ Depresión: según estudios realizados, en Heerlein, Lawer y Richter (1989) (citado en Sanchez, 2010) realizaron un estudio comparativo entre 21 pacientes con depresión unipolar endógena y 21 con depresión neurótica reactiva (criterio CIE10). Se les aplicó el test BIAQ, dando como resultado un porcentaje mayor de alexitimia en el primer grupo que el segundo.

Parker y Taylor (1991) (citado en Sanchez, 2010), administraron a una muestra

de estudiantes y a una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios los test BDI y el TAS. Con los resultados obtenidos determinaron que depresión y alexitimia son dos constructos distintos y separados.

→ Adicciones: en varios tipos de adicciones como el alcoholismo, toxicomanías y actividad sexual compulsiva, se ha podido observar porcentajes significativos de alexitimia.

Taylor (1984) (citado en Sanchez, 2010), observa directamente a los toxicómanos, estableciendo que un 50% eran alexitímicos, pues presentaban mayor cantidad de quejas somáticas y ansiedad; fuerza del yo inferior; menos mecanismos de defensa represivos. Llevando, esto al autor a suponer que la alexitimia podría ser una condición predisponente en este tipo de trastorno.

Haviland (1988) (citado en Sanchez, 2010), en otro estudio, determina que un 50% de los abusadores de sustancias puntúan alto en alexitimia.

Mann (1995) (citado en Sanchez, 2010), realiza una investigación con sujetos adictos, a los que aplica el TAS y NEO Five Factory Inventory, y obtiene resultados que muestran que los sujetos de la muestra puntúan más alto en alexitimia.

Ese mismo año; Ziolkowski, Gruss y Rybakowski, establecieron que la presencia de alexitimia en pacientes alcohólicos resulta un factor negativo al momento de mantener la abstinencia. El estudio se compuso de una muestra de 60 hombres con dependencia alcohólica en abstinencia en tratamiento ambulatorio; tras aplicarles el TAS se demostró que el 48% presentaban alexitimia. Las personas que llevaban un periodo de tiempo significativamente más corto de abstinencia puntuaban mucho más alto que aquellos que llevaban abstemios más de un año. (Amany Haroun, 2009)

Otro estudio que contó con una muestra de treinta pacientes 23 hombres y 7 mujeres, entre edades de 20 y 55 años internos en la Clinical Emergency Hospital, Department of Chronic Psychiatry, Cluj-Napoca, Romania señala que la alexitimia está íntimamente relacionada con la adicción al alcohol, el 63.33% de los pacientes padecían alexitimia; por lo tanto podría ser un factor de riesgo en el

alcoholismo (Birt, Sandor, Vaida, y Birt, 2008) y según Morrison (1990) (citado en Amany Haroun, 2009) para enfermedades psicosomáticas y a desordenes de abuso de drogas. Además cambios en la dopamina y el ácido GABA son similares en el alcoholismo y alexitimia lo que demuestra que estas dos están íntimamente relacionadas. (Birt, Sandor, Vaida, y Birt, 2008)

Por otro lado en una investigación realizada con 200 egipcios varones abusadores de sustancias internas en el Institute of Psychiatry Ain Shams University, Egypt; incluyó, además, un grupo de control de 200 varones; determinó que la alexitimia tiene una prevalencia significativa en aquellos pacientes que tienen desordenes de consumo de drogas a diferencia del grupo de control. (Amany Haroun, 2009)

Sifneos (1996) (citado en Amany Haroun, 2009) muestra que observaciones clínicas recientes y descubrimientos de diagnósticos psiquiátricos sobre dependientes a sustancias sugieren que su predisposición a la adicción es porque sufren de estados emocionales que producen sufrimiento y por desordenes psiquiátricos de la misma índole. Normalmente drogadictos y alcohólicos experimentan con diferentes sustancias hasta que descubren la droga que mejor les sienta y ésta se vuelve la de su preferencia. La elección de la sustancia se da por el resultado de la interacción entre la acción farmacológica de la misma y las emociones dolorosas que dominan al sujeto.

Khantzian (1997) (citado en Amany Haroun, 2009) Además se considera que los conflictos en pacientes con desordenes de consumo de sustancias de debe a que sobredimensionan sus emociones dolorosas o son incapaces de sentir alguna emoción. Las sustancias, lo que hacen es aliviar ese dolor, o liberar esas emociones reprimidas, esto por lo tanto lleva al sujeto a volverse dependiente de aquella sustancia que le hizo sentir mejor.

→ Trastorno de conducta alimentaria:

Troop, Schmidt y Trasure (1995) (citado en Espina,1998), aplicaron la escala TAS a pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, anorexia con subtipo de bulimia y estudiantes. Tras el análisis de los resultados, se obtuvo una clara tendencia a no identificar afectos en los grupos con desordenes alimenticios. El

grupo con anorexia nerviosa mostró una mayor disminución de fantasías y ensoñaciones.

En Canadá, Groot, Rodin y Olmsted (1997) (citado en Sanchez, 2010); evaluaron la incidencia de alexitimia a mujeres diagnosticadas de bulimia nerviosa. Mediante las puntuaciones obtenidas, al comienzo y al final del tratamiento, por medio de la aplicación de TAS, se encontró que: 61.3% de pacientes eran alexitímicas antes del tratamiento y solo el 32,2% después del mismo.

La reducción de episodios purgativos se relaciona directamente con la reducción significativa de la alexitimia. (Sanchez B. , 2010)

→ Otros trastornos:

Stanghellini y Ricca (1995) (citado en Sanchez, 2010) investigaron la relación entre alexitimia y esquizofrenia, centrándose en la relación entre las mayores puntuaciones en la TAS correlacionaban con la prevalencia de síntomas negativos sobre los positivos. Encontraron que la dificultad en la capacidad lingüística y la alexitimia tenían una relación relevante.

1.3. Tipos de alexitimia

Según las manifestaciones alexitímicas observadas, se ha podido formular varias hipótesis sobre las mismas preguntándose si se trata de un rasgo disposicional o un estado transitorio; si se debe considerar como un trastorno primario enraizado a la personalidad o un trastorno secundario que debe ser observado bajo las circunstancias ambientales en las que el sujeto se encuentra; y por ultimo si se trata de un mecanismo de defensa que aparece cuando es necesario o es un déficit permanente.

Fue Sifneos (1988) leído en la publicación de Otero (1999) quién postuló, dos tipos de alexitimia: primaria y secundaria.

1.3.1. Alexitimia primaria

Este tipo de alexitimia tiene un origen biológico-neurofisiológico; tiene que ver con un defecto estructural neuroanatómico, es decir una anormalidad, debido a factores hereditarios. Consiste en un déficit estructural que interrumpe la comunicación entre el sistema límbico y el neocórtex; también el hecho de que haya una falta de comunicación entre los hemisferios cerebrales, es un factor neurobiológico importante, dado que el hemisferio izquierdo es el encargado de la elaboración y expresión del lenguaje, mientras que el hemisferio derecho es el que modula las emociones; por lo tanto la correcta comunicación entre ambos hemisferios cerebrales permite una elaboración del lenguaje emotivo, proporcionándolo de entonación, melodía, ritmo y movimiento armónico según las circunstancias. (Rozados, 2008)

Liberman y Marty (1980) (citado en Jimbo, 2004) nos cuentan, a través de sus investigaciones, sobre la alexitimia primaria como una grave dificultad que tiene que ver con defectos de la estructura del yo, que se dan debido a que en las etapas evolutivas muy tempranas, en el entorno familiar se crea un mal funcionamiento severo en el aspecto afectivo, o la persona tuvo traumas ambientales que no permitieron un correcto desarrollo.

1.3.2. Alexitimia secundaria

Este tipo de alexitimia tiene su origen en traumas situacionales en el desarrollo de la infancia o por traumas masivos en la edad adulta; como ejemplo estar en campos de concentración, pasar experiencias de guerra, desastres naturales, secuestros, violaciones, homicidios, enfermedades graves como cáncer, sida, afecciones cardiacas, diabetes, amputaciones, etc. (Espina, 2000)

Este mismo autor señala que a este tipo de alexitimia se le toma como, lo llama él, un “síndrome de reacciones transitorias” pues son generalmente de carácter leve y siempre reversible, es decir es ocupado como un mecanismo frente al impacto causado por situaciones agudas de tipo traumático, como el estrés, la fatiga, la presencia de riesgo, enfermedades graves, etc. (Espina, Alexitimia y duelo crónico., 2000)

1.4. Rasgos que caracterizan la alexitimia

Según estudios se puede identificar tres áreas de conflicto dentro del trastorno alexitímico (Espina, 2000).

1. Es un trastorno cognitivo en el que los símbolos no son procesados a un nivel personal, convirtiéndolos en signos, mismos que llegan a formar un “pensamiento operatorio”, definiendo este como: un estilo de vida orientado hacia la acción, un estilo cognitivo externamente orientado a lo literal, concreto, objetivo y poco abstracto.
2. Un trastorno afectivo caracterizado por la dificultad de diferenciar entre las sensaciones corporales y las emociones; así mismo no pueden expresar las emociones con palabras, de esta forma se esperan conductas impulsivas inesperadas.
3. Dificultad en las relaciones interpersonales por la deficiencia en la capacidad empática del individuo.

Para este mismo autor los rasgos de alexitimia se dividen en esenciales y accesorios:

1.4.1. Rasgos esenciales

1. Pensamiento simbólico reducido o ausente, es centrado en los detalles y en exterior, mostrando una falta de expresión en las motivaciones, deseos, tensiones o sentimientos.
2. Limitada capacidad para fantasear. Inhibe la capacidad de fantasía como realizadora de los deseos, de esta manera se impide la representación de los impulsos como un paso previo a la actuación.
3. Sueñan poco o nada; el contenido onírico es pobre y realista. Los sueños diurnos son poco frecuentes por su incapacidad de asociar imágenes visuales y pensamientos a un estado emocional.
4. Dificultad para expresar sus propios sentimientos, al tener problemas en

contactarse con vida psíquica no pueden diferenciar estados emocionales y localizar sensaciones o experiencias fisiológicas, por lo que recurren a cumplir sus demandas emocionales con el cuerpo. (Espina, 2000)

1.4.2. Rasgos accesorios

1. “Psuedoadaptación social” su comportamiento se rige estrictamente a las normas sociales.
2. Relaciones sociales estereotipadas muy dependientes o evitativas; mostrando una gran dificultad para empatizar.
3. La impulsividad es el medio de expresión de los conflictos, pues al no poder elaborarlos se descontrolan fácilmente.
4. Desarrollan una personalidad inmadura, no desarrollan una adecuada individuación consecuencia de su pobre capacidad de simbolización.
5. Una gran resistencia a la psicoterapia tradicional, pues al no diferenciar entre sentimientos y sensaciones corporales, junto con la poca capacidad de simbolización, produce que su posibilidad de introspección, propia de la psicoterapia dinámica, sea casi nula. (Espina, 2000)

1.5. Influencia de la alexitimia en las relaciones familiares e interpersonales.

La alexitimia opera como un perturbador en la interacción social; actuando como fuente de problemas en las relaciones interpersonales al mantener un patrón comunicacional perturbado, falta de empatía; descarga de emociones negativas por medio de acciones impulsivas. Todo esto señala al sujeto alexitímico como responsable de causar sufrimiento a los demás y tener poco o nada de éxito en la vida social. (Fernández, 2011)

Los estudios epidemiológicos sobre una muestra de estudiantes y voluntarios, 150

hombres y 112 mujeres, se puede señalar una prevalencia de alexitimia en la población masculina (8 al 10%) y una escasez de la misma en el género femenino, es por esto que se puede justificar el hablar directamente de un trastorno propiamente masculino que, al ser estos incapaces de comunicarse afectivamente, aportan con rasgos perturbadores para la convivencia y las relaciones de pareja, pues de esta manera se produce un gran sufrimiento en las mujeres que comparten su vida con una persona alexitímica.

En la relación de pareja el hombre alexitímico lleva su comportamiento habitual siendo serio, reservado e independiente, convirtiéndose de esta manera en un agente frustrante para su compañera.

Al principio de una relación, el individuo alexitímico; puede ser calificado como un “santo en casa”, pero en cuanto la relación vaya profundizando el conocimiento mutuo; el calificativo adecuado sería un “santo endiablado” que no ofrece ningún tipo de comunicación afectiva, ninguna muestra de cariño o apoyo, no es capaz de dejar su actitud autoritaria, esta siempre de mal humor y mantiene un estado emocional negativo. De esta manera un ajuste de pareja satisfactorio, un ambiente estable y amoroso se vuelve imposible.

En el ámbito laboral, la persona alexitímica, es inspiradora de recelo, antipatía, pues se comporta de manera distante del grupo, y por sus actitudes indiferentes al trabajo en grupo y hacerse notar, se encuentra en el lugar con más riesgo para no crecer laboralmente o hasta perder su trabajo. (Fernández, 2011)

En la mayoría de los estudios sobre la relación que existe entre alexitimia y enfermedad, siempre se ha pasado por alto si los síntomas del trastorno alexitímico son causa o consecuencia del padecimiento en cuestión. Es decir, si se trata de una forma de defensa para bloquear la afectividad que determinará el sufrimiento durante una enfermedad física aguda o se trata de un trastorno psicológico, ya establecido. (Fernández, 2011)

La bibliografía internacional es muy extensa, cuando se trata de determinar la prevalencia de alexitimia, estableciendo que entre el 20 y 40%, dentro del sector de la patología física, corresponde a sujetos alexitímicos, todos estos representados,

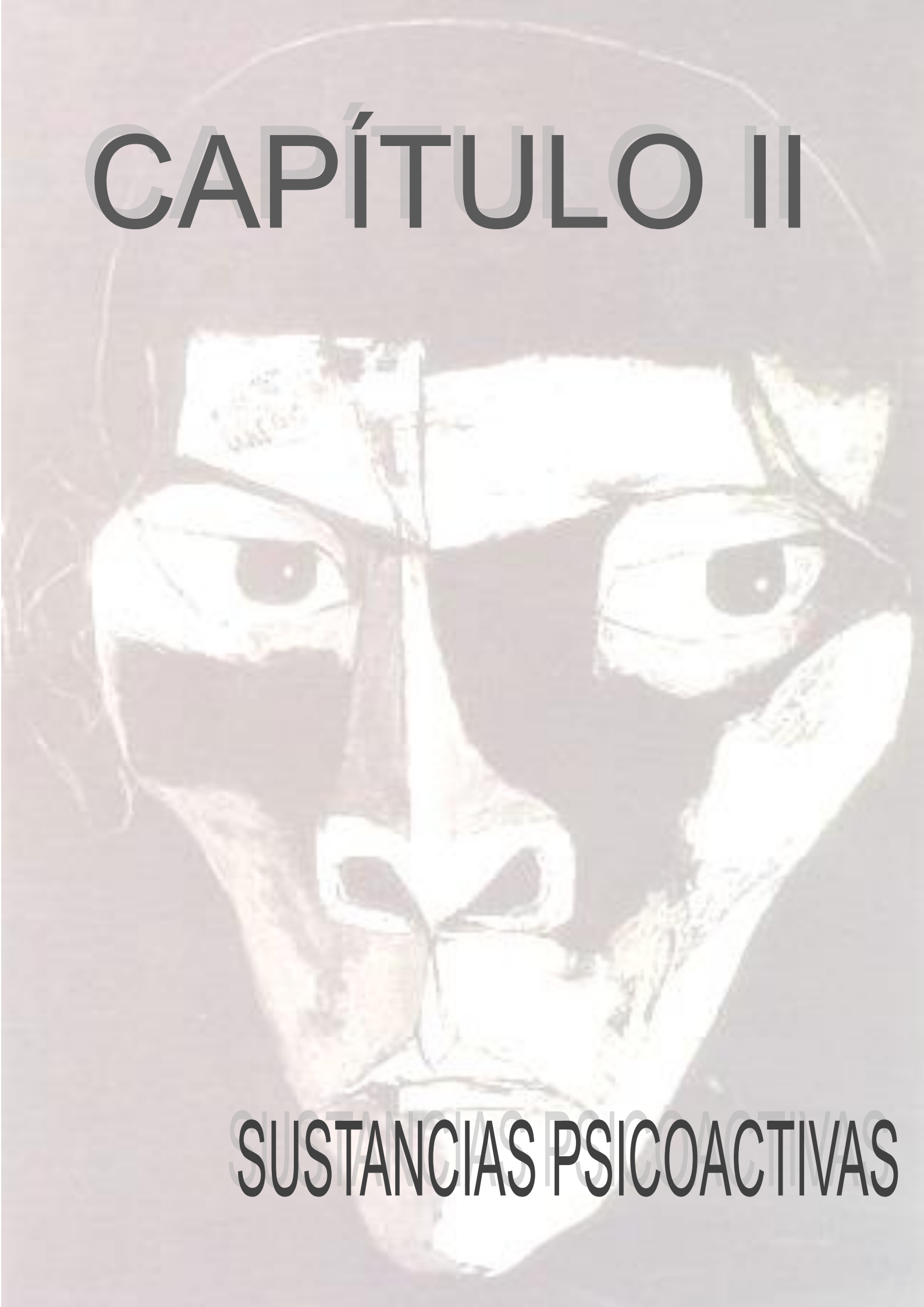
especialmente, por los enfermos digestivos inflamatorios o con la enfermedad de Crohn (Es una enfermedad crónica de origen desconocido, que quizás tiene un componente autoinmune en la cual el sistema inmunitario del individuo ataca su propio intestino produciendo inflamación. (Moreira & López, 2005) también por aquellos que sufren de inflamación bronquial o con insuficiencia respiratoria y los aquejados por dolor crónico, además de aquellos enfermos psicossomáticos comunes que presentan asma bronquial, colitis ulcerosa, migraña, entre otros.

Un “bloqueo emocional”, por así llamarlo, es la defensa mostrada por un gran porcentaje de los enfermos a un padecimiento percibido como amenazador o muy grave, con el fin de evitar sentir y expresar el sufrimiento que este debiera causar. En casos graves de insuficiencia renal, por ejemplo, se ha evidenciado frecuentes comportamientos de tipo impulsivo o de regresión infantil.

La alta tasa epidemiológica de comorbilidad entre patología orgánica y alexitimia, exige la evaluación de todo individuo que aqueje un mal somático, de tipo crónico, pues habrá una probabilidad bastante alta de que presente características, sino el trastorno alexitímico.

CAPÍTULO II

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



CAPÍTULO II

2. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

2.1. Definición

Es el término mas general para denominar cualquier elemento que por su uso pueda producir alteraciones mentales y que si es utilizada frecuentemente puede producir abuso o dependencia. Abarca sustancias de origen legal o ilegal, natural o sintético, incluye también medicamentos utilizados para el tratamiento de enfermedades neurológicas o psiquiátricas y otros elementos, usados como droga, como el pegante (pega solución), considerado como un inhalante. (Toro & Yepes, 2004)

Una sustancia es un compuesto químico que altera el estado de ánimo o la conducta de la persona cuando esta la fuma, se inyecta la bebe la inhala o se la traga como una píldora. Las personas suelen consumir medicamentos y sustancias químicas tóxicas para inducir estados psicológicos alterados. (Halgin & Whitbourne, 2009)

Las características más significativa y a la vez alarmante de las drogas es su carácter somáticamente adictivo, o sea su capacidad para producir toxicomanía.

La OMS define que las todas las drogas tienen en común el producir un estado mental designado como dependencia psíquica, misma que consiste en una especie de necesidad imperiosa que los obliga a administrarse periódicamente estas sustancias. (Sanchez J. C., 2009)

La Organización Mundial de la Salud define las drogas como: fármaco o droga es toda sustancia que al ser introducida al organismo vivo, modifica una o más de las funciones del mismo. Más adecuadamente se debería decir que una droga es aquella sustancia que produce una modificación del estado psíquico y conducta del individuo, y estos cambios son los que llevan a repetir el consumo. (López, 2006)

2.2. Clasificación

Las drogas pueden clasificarse según diversos parámetros (Sanchez J. C., 2009):

- **Por su origen:** según el origen de las drogas pueden ser **naturales** o **sintéticas**.

Las naturales: son obtenidas de algunas plantas como la marihuana, la hoja de coca o el opio.

Las sintéticas: son aquellas elaboradas en laboratorios utilizando procesos y compuestos químicos como las anfetaminas, el crack, el LSD, heroína o cocaína.

- **Por su legalidad:** según el estado y sus leyes que rigen la producción, compra y venta de sustancias; estas se clasifican en **legales** e **ilegales**.

Drogas legales: incluyen el alcohol, tabaco, psicofármacos estimulantes menores y otras sustancias como la heroína, la marihuana y la metadona que solo en casos especiales y bajo prescripción médica pueden ser utilizadas legalmente.

Drogas ilegales: abarca todas aquellas que se consiguen a través del mercado negro, pues dentro del país son catalogadas como ilegales.

- **Por su dependencia:** según este postulado las drogas se dividen en aquellas que causan **dependencia física** y aquellas que causan **dependencia psíquica**.

Dependencia física: el consumidor no puede de forma voluntaria romper el consumo, debido a que debido al continuo consumo para su cuerpo la sustancia se vuelve una necesidad, que al no ser administrada los órganos comienzan a funcionar mal.

Dependencia psíquica: aquellas personas a las que se les hace imposible dejar consumir drogas a pesar de que físicamente no las necesiten. Este tipo de dependencia puede ser controlado, o hacerlo hasta desaparecer por medio de un par de semanas de abstinencia de la sustancia.

- **Por su adicción:** aunque es una clasificación poco usada en la actualidad por su falta de precisión científica en su definición. Sin embargo estas son las drogas **duras** y las drogas **blandas**.

Drogas duras: son altamente adictivas y provocan serios daños en la salud; como son: la cocaína, las anfetaminas, el opio y sus derivados y el alcohol.

Drogas blandas: pueden ser poco adictivas como el cannabis y sus derivados.

- **Por sus efectos al sistema nervioso:** de este se dividen tres grupos: **los estimulantes, los sedantes y los alucinógenos**.

Los estimulantes: activan el Sistema Nervioso Central aumentando el ritmo de las funciones del mismo.

Los sedantes: llamados también depresores, estos inhiben o disminuyen el funcionamiento cerebral y el ritmo de la actividad nerviosa.

Los alucinógenos: alteran el estado de conciencia, deforman la realidad y producen alucinaciones.

- **Por su modo de consumo:** existen diversos métodos de administración de la sustancia para que esta ingrese al cuerpo y pueden ser por **vía intravenosa, por ingestión, en forma de humo y por inhalación**.

Por vía intravenosa: mediante el uso de jeringuillas, se disuelven las drogas en agua y se administran directo en la sangre.

Por ingestión: es por medio de la vía oral, ya sea en forma de pastilla, jarabes o sellos impregnados en droga, y a través del aparato digestivo la droga pasa a la sangre y a todo el cuerpo.

En forma de humo: la droga es fumada como un cigarrillo, en una pipa o pipa de agua, de esta manera se utiliza la vía aérea, para por medio del aparato respiratorio pase la sustancia a la sangre.

Por inhalación: la droga está en forma cristalina reducida en polvo, como es el caso de la cocaína, también se encuentra en forma de vapores o gases, como es el caso de los pegamentos. Este tipo de droga se absorbe por medio de los vasos sanguíneos que se encuentran en la mucosa nasal.

Principales tipos de drogas

ESTIMULANTES: estimula el Sistema Nervioso Central. Con su utilización se pretende una mejora del estado anímico, conseguir una sensación de felicidad, mantenerse despierto y activo, etc.

- Cocaína
- Anfetaminas y metanfetaminas
- Éxtasis o MDMA
- Cafeína

ALUCINÓGENOS: son sustancias psicodélicas que alteran la conciencia provocando alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Además distorsionan la voluntad, identidad y conocimiento de la persona.

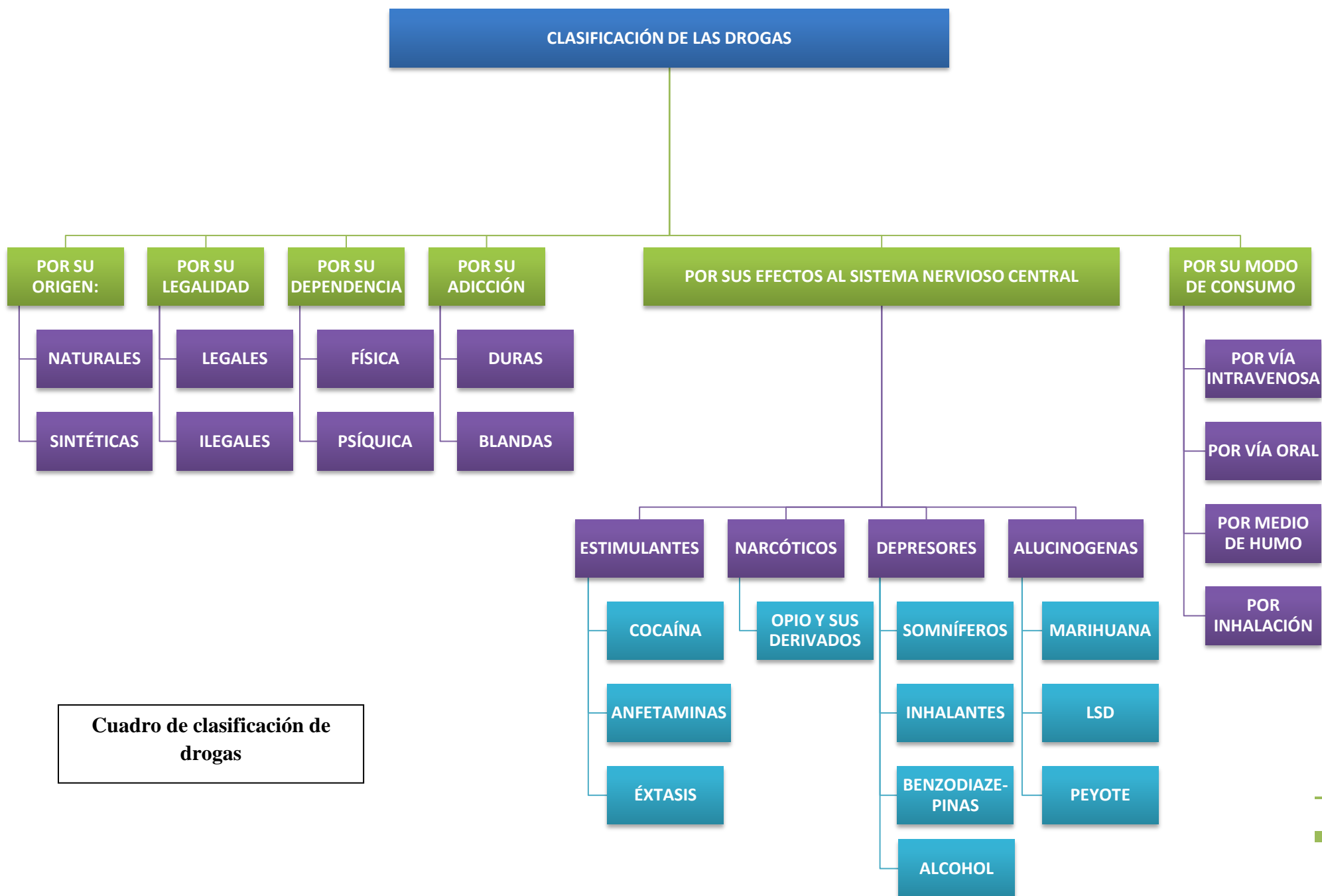
- Marihuana y hachís
- LSD
- Peyote
- Mescalina

NARCÓTICOS: sustancias capaces de disminuir la sensación de dolor en el cuerpo y estimular los sentidos.

- El opio y sus derivados

DEPRESORES: produce una baja en la actividad del Sistema Nervioso Central, dentro de este grupo se encuentran los sedantes, hipnóticos y/o tranquilizantes.

- Los barbitúricos o somníferos
- Las benzodiacepinas
- Los inhalantes
- Alcohol



2.3. Efectos

Muchas de las drogas comparten ciertas características al alterar las neuronas en una determinada región cerebral, encargada de regular el placer y la recompensa.

La dopamina es el neurotransmisor cuya funcionalidad principal es dar placer, las funciones asociadas a la dopamina; además de producir sensaciones placenteras, abarcan; también; actividad motora, conciencia, juicio y motivación.

Un sistema de circuitos de neuronas ubicado en la parte superior del tallo cerebral, llamado área ventral tegmental (AVT), desempeña una función particularmente importante en la regulación de la sensación de placer. (Halgin & Whitbourne, 2009)

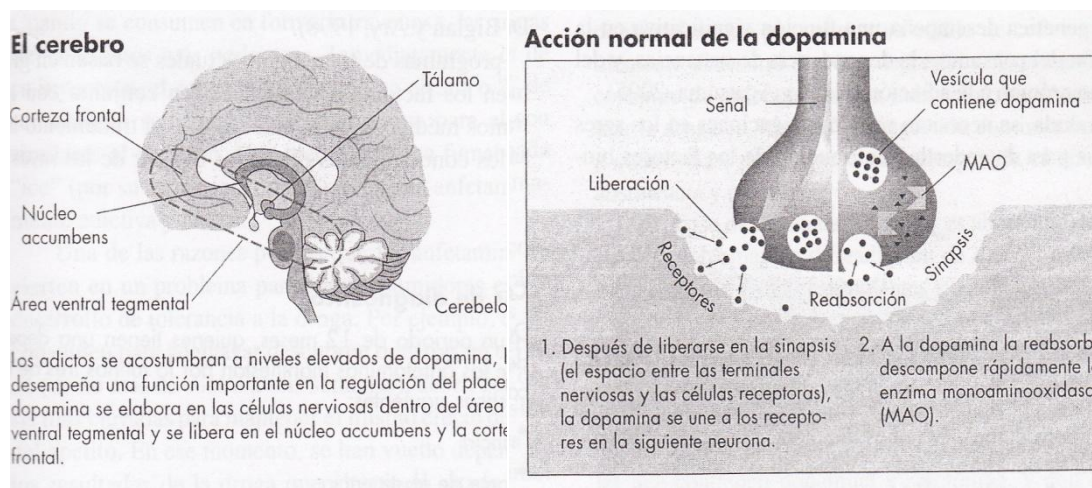


Imagen N°1

Partes del cerebro mencionadas
(Halgin & Whitbourne, 2009)

Imagen N°2

Acción normal de la dopamina
(Halgin & Whitbourne, 2009)

Estos circuitos permiten el paso de la información de placer a todo el cerebro. Este sistema de circuitos se conoce como sistema mesolímbico de la dopamina, este considerado como sumamente importante para la supervivencia de la especie, pues es el encargado de transmitir sensaciones placenteras al ingerir alimentos cuando se tiene hambre, y cuando se tiene relaciones sexuales.

Las diferentes sustancias activan el sistema mesolímbico de la dopamina. Sustancias como la heroína y el LSD imitan los efectos de un neurotransmisor natural en las neuronas del centro de placer del cerebro. Otras, en cambio, bloquean los receptores sinápticos y evitan la transferencia normal de los neurotransmisores.

En el caso de la cocaína evita que las moléculas encargadas de absorber la dopamina directamente dejando que esta se acumule en la sinapsis y estimule la célula receptora; la metanfetamina produce una liberación excesiva de neurotransmisores, permitiendo de esta manera una estimulación cerebral mayor. (Halgin & Whitbourne, 2009)

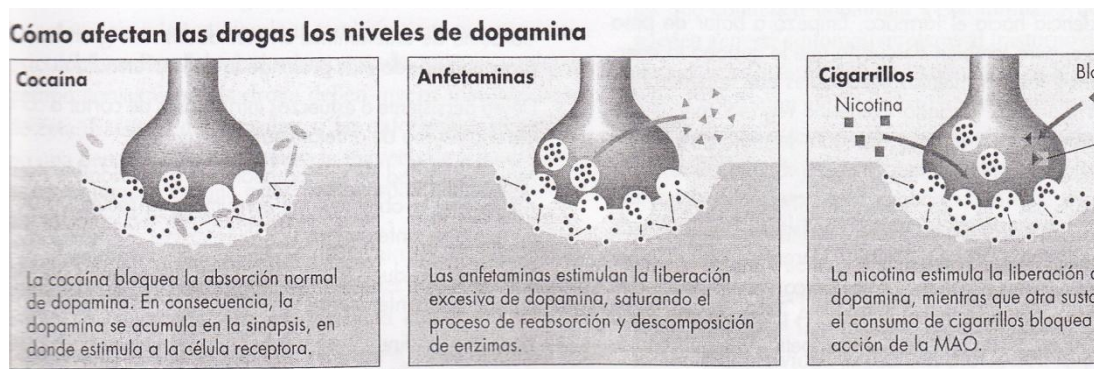


Imagen N°3

Acción de algunas drogas sobre la dopamina

(Halgin & Whitbourne, 2009)

A continuación se realizará unas revisiones más exhaustivas de los efectos, composición y elaboración de las sustancias más comunes de consumo, tanto legales como ilegales.

2.3.1. Estimulantes:

Cocaína: La hoja de coca es considerada uno de los estimulantes naturales más potentes. Los nativos de zonas altas de los Andes masticaban las hojas de coca por su efecto como remedio para combatir el hambre y el cansancio.



Imagen N° 4
Planta de coca (Erythoxylon coca)



Imagen N°5
Planta de coca y sus partes detalladas

Procesando las hojas de coca se obtienen los siguientes compuestos:

- Cocaína
- Crack
- Base de cocaína (Halgin & Whitbourne, 2009)

La base de cocaína: Se obtiene tras macerar la hoja de coca en agua u otros disolventes, este es el producto de no permitir que el proceso de producir la cocaína llegue hasta el final, volviéndose más adictiva y peligrosa que la misma cocaína.

Esta droga se fuma, y su absorción es inmediata. La duración del efecto depende de la cantidad y la frecuencia de consumo.

Cambios físicos y psíquicos que se presentan al ingerir la sustancia:

- Una estimulación y bienestar general.
- Taquicardia.
- Aumento de la presión arterial.
- Sudoración.
- Pérdida de apetito.
- Estimulación sexual.
- Creciente sensación de ansiedad. La sensación final es más de angustia que de placer; es por esto que se tiende a abusar continuamente de fumar nuevas dosis. (Sanchez J. C., 2009)

La falta de consumo hace aparecer el síndrome de abstinencia caracterizado por:

- Ansiedad
- Necesidad del producto
- Diarrea
- Palidez
- Crisis de llanto
- Sudoración
- Taquicardia. (Sanchez J. C., 2009)

La base de cocaína es una cocaína no tan finamente procesada, en el mercado negro es mucho más barata pues es macerada y tratada con poca cantidad de alcaloide y con compuestos más tóxicos para la salud, como la gasolina o ácido sulfúrico. Su aspecto es diferente tiene diferentes tonalidades entre beige y amarillo dependiendo la cantidad de alcaloide que se ha usado para refinarla. (Sanchez J. C., 2009)



Imagen N° 6
Base de cocaína.

Crack: Es un compuesto en forma de cristales que al calentarse se volatiliza y por ello se puede fumar. Este resulta de hervir el clorhidrato de cocaína, con bicarbonato de sodio o con amoníaco en agua; dando como resultado una pasta amarillenta insoluble en agua que al enfriarse se vuelven rocas.

En lo que al crack se refiere, se advierte que es instantáneamente adictivo, lo que haría imposible su consumo ocasional o intermitente. Y ciertamente el crack produce una intensa ansia de consumo.

En cuanto a los efectos, se puede decir que estos son mucho más rápidos e intensos que los de la cocaína, estos comienzan aproximadamente después de 5 segundos de haber fumado la sustancia y tiene una duración aproximada de 5 a 10 minutos.

Se produce:

- Una subida del estado de euforia
- Desinhibición enormemente placentera
- Vigor y disminución de fatiga
- Autoestima alta
- Hiperactividad.

Posteriormente se produce una baja en los síntomas y se produce:

- Fatiga y confusión depresiva.
- En el aspecto físico se produce una disminución del flujo sanguíneo, hipertensión y aumento de la frecuencia cardiaca. (Halgin y Whitbourne, 2009)



Imagen N° 7
Crack (roca)



Imagen N° 8
Diferentes elementos necesarios para consumo de Crack

Cocaína: O clorhidrato de cocaína, es una sal que se presenta en forma de polvo blanco, cristalino, amargo y sin olor, que al tener contacto con la lengua o labios los entumece.

Los vendedores de drogas suelen aumentar otras sustancias para aumentar el peso y volumen y conseguir más ganancia. Suelen mezclarla con maicena, talco, harinas, azúcar, laxantes.

La cocaína se consume por inhalación directa de la sustancia. Comúnmente se acomoda el polvo en líneas sobre una superficie plana, para después ser inhalada por la nariz. Así mismo si aquellos restos que no se peen inhalar con colocados en la mucosa bucal para ser absorbido a la sangre de esta manera.

La cocaína se suele aplicar también por vía intravenosa para que sus efectos sean más rápidos. (Halgin y Whitbourne, 2009)

Los efectos inmediatos al consumir el clorhidrato de cocaína a dosis bajas son:

- La ausencia de fatiga y de sueño
- Falta de hambre
- El entusiasmo del estado de ánimo
- Aumento de la autoestima.
- Disminuyen las inhibiciones
- El individuo se percibe como una persona sumamente competente y capaz.
- Aumenta el ritmo cardiaco y la tensión arterial.
- Aumenta la temperatura corporal y la sudoración.

.(Sanchez J. C., 2009)

Si la dosis es elevada aparece:

- Gran ansiedad y agresividad
- Alucinaciones
- Temblores y movimientos convulsivos.

Tras ceder sus efectos iniciales aparece el llamado "bajón", produciéndose una antítesis de los síntomas previos:

- Cansancio
- Apatía
- Irritabilidad
- Conducta impulsiva.

Los efectos a largo plazo son:

- Las complicaciones psiquiátricas
- Irritabilidad
- Crisis de ansiedad
- Disminución de la memoria y de la capacidad de concentración.
- Además en ciertos casos aparece la "psicosis cocaínica" que consiste en un brote de ideas paranoides que llevan a la persona a un estado de crisis de pánico, y de cuadros alucinatorios, etc.
- La apatía sexual o impotencia.
- La bulimia y anorexia nerviosa.

- Las alteraciones neurológicas (dolores de cabeza y los accidentes vasculares como el ictus cerebral)
- Las arritmias cardiacas.
- Los problemas de asma o dificultades para respirar.
- La perforación nasal.
- Los riesgos de mortalidad perinatal, abortos y problemas nerviosos en el recién nacido lo hacen un problema muy importante en embarazo y lactancia.

(Sanchez J. C., 2009)



Imagen N° 9
Línea de cocaína



Imagen N° 10
Tabique perforado

La repetición del consumo es el que hace de esta sustancia sea extremadamente adictiva.

Las señales más evidentes del consumo de la cocaína son:

- La aceleración del pulso y del ritmo cardiaco.
- Subida de la presión sanguínea.
- Excitación, dificultad para permanecer tranquilo.
- Dilatación de las pupilas resequedad de la boca y la nariz.
- Conversación con falta de continuidad en la exposición de las ideas.
- Nauseas y vómitos.
- Dolor de cabeza.
- Alucinaciones.
- Cambios bruscos del estado de ánimo.
- Cambio de amistades. (Halgin & Whitbourne, 2009)

Anfetaminas y metanfetaminas: Llamada dextroanfetamina y metanfetamina y su nombre genérico es anfetamina. Estas drogas fueron sintetizadas por primera vez a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

A partir de 1927 se descubrió su aplicación para aumentar la presión sanguínea, agrandar pasajes nasales y bronquiales y estimular el Sistema Nervioso Central.

Desde 1930 se comercializó con el nombre de Benzedrine con una presentación para ser inhalada, servía para reducir la congestión nasal y el catarro.

En 1937 se utilizó para combatir los trastornos del sueño, en forma de píldoras; también para la náusea, el mareo, para el sobrepeso y como antidepresivo.

En su forma natural las metanfetaminas se presentan en forma de cristales de color amarillento, y a partir de estos se fabrican capsulas, píldoras o tabletas.

Las anfetaminas tienen propiedades euforizantes y efectos de agresividad; funcionan también como agente simpaticomimético, pues aumenta la capacidad de vigilia, a la vez que disminuye la sensación de fatiga. Por estas características, en los años 60 su uso se extendió a varios niveles de la población: los camioneros utilizaban para poder resistir los viajes, los deportistas para controlar su peso y mejorar rendimiento, además también se utilizó para tratar la depresión.

Al paso del tiempo estudios demostraron el grado de peligrosidad de la sustancia, mostrando que su uso prolongado crea en el Sistema Nervioso Central un efecto más largo.

En la actualidad el uso terapéutico es exclusivo para la narcolepsia (sensaciones de sueño incontrolable) y en casos particulares, en un corto plazo de tiempo, para el déficit de atención y la obesidad.

Las anfetaminas producen una tolerancia elevada, por esto es que los consumidores de esta sustancia se habitúan pronto a consumirla y a utilizar cada vez dosis más altas.

El uso de la metanfetamina en la sociedad es muy común en la actualidad, no solo por los efectos energéticos que esta produce, sino también por el bajo costo de la misma. La producción ilegal de la sustancia es muy barata, y se logra conseguir todos los elementos para la misma fácilmente y sin receta. (Sanchez J. C., 2009)

Las formas más comunes de consumo, es por vía oral o inyectada; aunque a veces también se fuman sus cristales, o se inhala como la cocaína y toma el nombre de "**Speed**".

Dependiendo de la dosis consumida y forma de administración de la sustancia, se determinan los efectos y duración de la misma.

Cuando la sustancia se fuma o se inyecta el consumidor siente una agradable sensación de euforia que dura solo unos minutos; y de esta manera sus efectos son más poderosos. Cuando se inhala la droga produce efectos similares pero menos intensos que duran unos tres a cinco minutos. En el caso de la administración oral, como comprimidos, los efectos aparecen en un período de entre quince o veinte minutos.

Los síntomas que se presentan al ser consumida la sustancia son:

En pequeñas cantidades		En grandes cantidades		Consumo a largo plazo
Placenteros	Desagradables	Cambios físicos	Cambios psicológicos	Cambios físicos y psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Energía e hiperactividad. • Mayor confianza. • Locuacidad. • Sentimientos de grandiosidad. • Euforia. 	<p>Al provocar temblores, irritabilidad e incluso trastornos amnésicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia o bradicardia. • Hiperglucemia. • Dilatación de las pupilas. • Aumento o disminución de la tensión arterial. • Náuseas o vómitos. • Disminución de peso. • Sudoraciones o escalofríos. • Arritmias cardíacas, dolor del pecho. • Depresión respiratoria. • Debilidad muscular. • Falta de apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Ansiedad aguda • Confusiones • Tensión • Alerta constante • Agresividad <p>Cuando las dosis por vía intravenosa sobrepasan los dos gramos, pueden ocurrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresiones. • Cuadros paranoides. • Delirios. • Alucinaciones. • Trastornos de la conducta. • La euforia descontrolada y el embotamiento afectivo (acumulación de 	<p>Se puede causar daños físicos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tejidos de riñones. • Pérdida de coordinación. • Colapso físico. • Fiebres altas. • Insuficiencia cardíaca. • Un aumento de presión repentino que puede producir la muerte. <p>Y psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia, con

- emociones y dificultad para expresarlos).
 - Hiperactividad.
 - Cambios en las formas de socialización.
 - Hipervigilia.
 - Ansiedad.
 - Disminución de la capacidad de juicio.
 - Cólera o gran tensión.
- delirios persecutorios y alucinaciones.
 - Depresión reactiva.
 - Delirios paranoides.
 - Intensa dependencia psicológica. (Halgin y Whitbourne, 2009)



Imagen N° 11

Planta Efedra Sinica, origen de las mentanfetaminas



Imagen N° 12

Anfetaminas en estado de cristal



Imagen N°13

**Diferentes presentaciones de las anfetaminas.
Administración oral y polvo para inhalar.**

Éxtasis o MDMA: llamada *methylendioxyamfetamina* (MDMA), conocida normalmente como éxtasis. Fue sintetizada por primera vez en 1912. En los años 60 se utilizaba con fines terapéuticos para las neurosis fóbicas. En los 80 se comenzó a comercializar en el mercado clandestino como droga sintética.

Esta sustancia tiene propiedades alucinógenas y sobretodo estimulantes, parecidas a las de las anfetaminas.

Su forma de consumo usual es en comprimidos tomados de forma oral, las pastillas suelen tener diferentes dibujos grabados.



Imagen N°14

Diferentes formas y grabados en comprimidos de MDMA

Los primeros síntomas de la sustancia, aparecen a la media hora y en adelante van en aumento durante, aproximadamente, 60 a 90 minutos que es cuando alcanzan su pico.

Los cambios producidos por el MDMA son:

Psicológicos:

- Euforia.
- Sensaciones de autoconfianza.
- Excitación.
- Aumento de la energía.
- Estado general de hiperactividad.

Físicos:

- Aumento de la tensión muscular.
- Temblores.
- Visiones borrosas.
- Aumenta la temperatura corporal o hipertermia.
- Hipertensión.
- Aumento del pulso.

Cuando se consume en exceso, todos los síntomas mencionados se potencian y pueden producir la muerte.

Los efectos de la sustancia MDMA entre cuatro a seis horas después de su ingestión; sin embargo las secuelas que el éxtasis causa, pueden seguir apareciendo varios días después, incluso hasta varias semanas, aunque no se haya vuelto a consumir la droga.

Estos pueden ser:

- Problemas de sueños.
- Confusión.
- Ansiedad.
- Paranoia.
- Depresión.
- Deseo fuerte de volver a consumir la sustancia .
- Puede producir condiciones médicas graves. (Sanchez J. C., 2009)

Los consumidores de éxtasis la llaman, también, la “droga del abrazo” o “droga del amor” por la sensación de calidez física y emocional producida.

Dado que, como se mencionó anteriormente, el aumento de temperatura que produce la sustancia, comúnmente se produce en lugares cálidos, como clubes o discotecas, el cuerpo puede llegar a producir una hipertermia que llegue al punto de

causar convulsiones y hasta la muerte por la incapacidad del cuerpo para con regular la temperatura. (Halgin & Whitbourne, 2009)

2.3.2. Narcóticos

El opio y otros derivados: Es conocida popularmente como amapola o adormidera, su nombre científico es el *Papaver rhoeas* o *Papaversomniferum*, y gracias a su grado de adaptación al medio puede ser cultivada en casi todo el mundo.

Tiene hojas verdes agrisadas y flores que pueden ser de color blanco, rojo, rosa o morado.



Imagen N° 15
Planta de opio no maduro



Imagen N° 16
Flor de opio



Imagen N° 17
Amapola roja



Imagen N° 18
Amapola amarilla

Para la obtención del opio se debe hacer unos cortes en las cabezas de la planta cuando los pétalos ya han caído. De estas tajaduras se obtiene un líquido blanco y lechoso, este al secarse se convierte en una resina de color café. Esta resina se pulveriza y se obtiene el opio puro; pero si se deja a la sustancia reposar más

tiempo, se vuelva una roca dura, pues va perdiendo agua, además toma una coloración oscura y un aspecto cristalino.



Imagen N° 19
Opio en bruto

El opio y sus derivados tienen muchos usos medicinales y terapéuticos. En Mesopotamia se utilizaban como sedante. Los griegos y árabes le daban uso por sus beneficios para disminuir dolores, como antitusígeno y como antidiarreico.

El opio es administrado de manera oral, como tópico por medio de parches que se pegan en la piel, por vía parenteral (inyecciones), por vía rectal (supositorios) y por vía aérea (fumando o inhalando).

Los principales derivados del opio son:

- Morfina
- Heroína
- Codeína
- Metadona

Morfina: Es el componente más activo del opio, se utilizaba principalmente como analgésico, después de una intervención quirúrgica, para fracturas y para aliviar el dolor de enfermedades incurables. Actualmente su uso medicinal se ha visto reducido drásticamente por la aparición de estupefaciente y analgésicos sintéticos.

El hacer hábito del uso de la morfina, produce daños a la salud, además de adicción física y psicológica. (Sanchez J. C., 2009)

Heroína: Se produce mediante alteraciones ligeras en la composición química en el opio en bruto. (Halgin & Whitbourne, 2009)

Esta calificada como la sustancia que produce mayor dependencia en todo el mundo. En el mercado negro la pureza de la sustancia se reduce casi hasta en un 5% pues es mezclada con otros compuestos. (Sanchez J. C., 2009)

Esta droga se comercializa en forma de polvo. La mayoría de los consumidores la disuelven y se inyectan vía intravenosa, aunque también se puede, fumar, inhalar o aspirar. (Halgin & Whitbourne, 2009)

Produce tolerancia de manera temprana en aquellos que la consumen y los efectos duran cada vez menos tiempo; por lo que necesitan consumir cada vez más.

Efectos psicológicos:

- Estado de euforia
- Estado de ensoñación

Efectos físicos:

- Epidermis enrojecida
- Sequedad de la boca
- Pupilas contraídas o miosis
- Nausea
- Depresión respiratoria
- Pérdida de reflejos
- Pesadez en las extremidades
- Respuesta pobre a los estímulos
- Hipotensión
- Desaceleración cardíaca o bradicardia
- Convulsiones
- Riesgo de muerte

A largo plazo:

- Colapso de las venas
- Infección del endocardio o de las válvulas del corazón
- Enfermedades del hígado
- Complicaciones pulmonares
- Varios tipos de neumonía
- Depresión respiratoria

(Sanchez J. C., 2009)

Codeína: Es un analgésico y supresor del resfriado, se receta comúnmente. Tiene efectos de baja velocidad de transformación, lo que hace que sea menos efectiva, esto conlleva a que su efecto sea mucho menos potente, además produce pequeños efectos sedantes.

Es muy común que este compuesto se encuentre en medicamentos para contrarrestar el resfriado y la tos. (Halgin & Whitbourne, 2009)

Metadona: Su uso más común es para tratar la adicción a la heroína, administrando las cantidades adecuadas de metadona, se logra controlar los síntomas de abstinencia y la desintoxicación, de esta manera se logra una reacción más segura y controlada.

Los efectos que esta causa son:

- Miosis
- Depresión respiratoria
- Bradicardia
- Relajación muscular
- Aumento de la temperatura muscular
- Estreñimiento
- Aumento de la concentración de glucosa en la sangre (Halgin & Whitbourne, 2009)

2.3.3. Depresores:

Somníferos o barbitúricos: Actúan sobre el Sistema Nervioso Central provocando sueño. Los efectos que esta sustancia produce van desde reducir el estrés, disminuir ansiedades hasta como anestésico.

En 1863 el ácido barbitúrico se sintetiza por primera vez, a partir de este descubrimiento se siguen las investigaciones hasta que en 1903 dos químicos alemanes se percataron de las propiedades hipnóticas de la sustancia.

Después de un tiempo de ser utilizado principalmente con pacientes psiquiátricos, como ansiolítico; se midió el gran grado de adicción que causa el medicamento. Este se volvió un gran problema social y sanitario.

Los efectos inmediatos que se producen se basan en la función sedante e hipnótica del medicamento, pues produce una disminución general de las funciones mentales e inducción de sueño. Cuando la sustancia es consumida por vía oral es absorbida en el tracto digestivo, toma treinta minutos notar sus efectos; y estos duran de tres a seis horas.

El consumo de los barbitúricos debe ser realizado bajo vigilancia médica por su alto grado adictivo; y de tolerancia. Cuando el consumo es reiterado y se interrumpe se puede notar claros síntomas de abstinencia en el adicto.

La adicción a estos medicamentos no solo es también de carácter psicológico, por los efectos de relajación que estos producen. (Sanchez J. C., 2009)

Los inhalantes: Son sustancias volátiles que son inhaladas por la boca y nariz. Los efectos que causa son muy similares a los del alcohol. Estos pueden ser adquiridos sin ninguna restricción en varias tiendas. Entre estos se encuentran productos de limpieza, pinturas, combustibles, pegamentos como los quitamanchas, esmaltes, gasolina, pegamentos para construcción, entre otros.

Los inhalantes son las drogas de mayor consumo entre la población infantil, señalando el caso concreto de aquellos que malviven en las calles, por su bajo precio y fácil adquisición.

Los efectos de la sustancia son inmediatos, pues al ser inhalados pasan a los pulmones y de aquí directo a la sangre.

Esta sustancia es altamente adictiva, produce un alto grado de tolerancia y síntomas de abstinencia.

Los inhalantes producen una depresión en el Sistema Nervios Central, baja la tensión y el ritmo respiratorio, dando como consecuencia que se perciba un estado similar a la borrachera; pues se debilita la coordinación física y mental, distorsiones en la

percepción del tiempo y del espacio, náusea, dolor de cabeza, dificultad para hablar de forma fluida, ojos llorosos o rojos; descoordinación motora que pueden llevar a producir accidentes o caídas; y además reacciones agresivas o exaltadas.

En ciertas circunstancias pueden producir falta de oxígeno en las personas produciendo desmayos, estados de coma o la muertes.

Desde el ámbito psicológico, esta sustancia, puede producir fobias, depresiones y estados de ansiedad críticos.

El uso continuo de los inhalantes produce:

- Déficit de memoria, concentración y atención
- Temblores y convulsiones
- Daños cerebrales de carácter permanente
- Arritmias cardíacas
- Enfermedades del hígado, corazón o riñones
- Paros cardíacos (Sanchez J. C., 2009)

Benzodiazepinas: Es un hipnótico, clasificado también como droga depresiva. Es un sedante, produce sueño y su uso terapéutico más común es como relajante muscular. Sin embargo su uso medicinal es muy extenso en la actualidad (para el insomnio, anticonvulsivo, ansiolítico, como medicamento preoperatorio, dependencia al alcohol, trastornos musculares, manía aguda, etc.)

Las benzodiazepinas pueden producir dependencia, aun si se lo utiliza en cortos periodos de tiempo.

El uso indebido de este medicamento suele presentarse con la combinación de otras sustancias, sobre todo con el alcohol, mezcla que puede ser letal para el consumidor. Además produce un gran grado de adicción física y psicológica, tolerancia y síntomas de abstinencia. (Sanchez J. C., 2009)

Alcohol: La sustancia responsable de los efectos psicoactivos es el alcohol etílico o etanol. Se obtiene a través de la fermentación o destilación de diferentes frutas o vegetales. El grado alcohólico de las bebidas dependerá del porcentaje de alcohol puro que contenga la sustancia; de esta manera su absorción y efectos aparecerán de manera más o menos rápida e intensa.

Otros factores que intervienen en el fenómeno de procesamiento de la sustancia son: el ritmo entre cada bebida y las cantidad de alimento que la persona haya ingerido anteriormente; además del género y metabolismo.

El alcohol es absorbido desde el aparato digestivo hacia la sangre; los efectos inmediatos son:

- Sensación de calidez
- Relajación
- Comodidad
- Euforia
- Extroversión
- Confianza
- Desinhibición
- Positivismo

Estos son los síntomas que muy comúnmente llevan a creer que el alcohol es una droga estimulante, cuando en realidad no es así, esta es una sustancia depresora y sus efectos de tal índole se notan con el consumo un mayor al inicial; pues aparecen efectos como:

- Somnolencia
- Descoordinación
- Disforia
- Irritabilidad

El consumo de alcohol produce tolerancia, y los daños físicos de consumidores de alcohol están directamente relacionado con esta circunstancia, dado que con el tiempo

necesitan cada vez ingerir mas alcohol, aumentando de esta manera la probabilidad de daños corporales.

A largo plazo el consumo de alcohol puede producir daños cerebrales permanentes como demencias, desmayos, apoplejías, alucinaciones, etc. Estas secuelas no se dan directamente por el contacto del cerebro con la sangre alcoholizada, sino mas bien por el procesamiento pobre de los alimentos debido al deterioro orgánico producto del consumo excesivo de alcohol, evitando de esta manera la absorción de los nutrientes necesarios.

La muerte por consumo de alcohol más común es por enfermedades hepáticas, siendo la principal la cirrosis (enfermedad degenerativa e irreversible del hígado, en el que este va perdiendo progresivamente su capacidad de funcionamiento adecuado). (Halgin y Whitbourne, 2009)

2.3.4. Alucinógenos

Marihuana: Su nombre científico es Cannabis Sativa; es un arbusto que por lo general crece en clima tropical; puede llegar a alcanzar una altura de seis metros. Además de su uso como sustancia psicotrópica, por la resistencia de sus fibras, se aprovecha para la fabricación de textiles, telas, cuerdas e incluso papel.



Imagen N° 20

**Fibra obtenida de la marihuana
llamada también cáñamo**

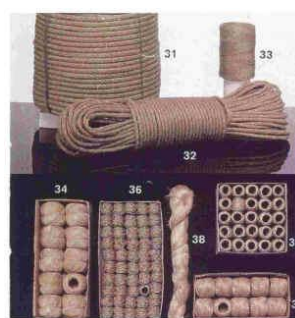


Imagen N°21

**Usos en cuerdas de diferente
calibre del cáñamo o fibra de
marihuana**

Para la obtención de la sustancia para el consumo se debe utilizar exclusivamente los ejemplares hembras y no polinizados de cannabis, pues en estos se encuentra gran

concentración de THC o tetrahidrocannabinol; siendo esta la que aporta con las cualidades psicoactivas a esta droga. Se deben recolectar las flores o cogollos de la planta, y después haber sido secadas, se obtiene la marihuana.



Imagen N° 22

Plantas de marihuana



Imagen N° 23

Concentración de THC en los cogollos y las hojas de la planta.

El THC se puede observar en la planta de marihuana por la presencia de puntitos blancos en las hojas (Imagen N° 23), dando la impresión del rocío que se observa en las madrugadas en las plantas. (Sanchez J. C., 2009)

El consumo de la marihuana se realiza, principalmente, fumándola pura o mezclada con tabaco, también se puede consumir por medio de vaporizaciones, en el que se utilizan pipas de agua. Así también la marihuana se puede ingerir, al ser mezclada con algunas comidas; según estudios mencionan que este método de consumo es el más peligroso, al ser procesada la sustancia desde el tracto digestivo se logra captar una cantidad mucho mayor de THC al que se acostumbra por medio de la inhalación.

Los efectos causados por la marihuana dependen de las dosis, el tipo de cannabis, el estado de ánimo del individuo y sus expectativas.

<i>Inicialmente se produce sensaciones como:</i>	<i>En una segunda fase se presenta:</i>	<i>Cuando se consume dosis altas se puede observar los siguientes cambios:</i>
---	--	---

- Estado de relajación y bienestar.
- Ensoñación.
- Euforia momentánea.
- Extremos entre la desinhibición y el silencio; la hilaridad y la introspección.
- Locuacidad.
- Distorsión de la mente, volviendo más lenta la percepción del espacio y el tiempo.
- Intensificación de los sentidos: olfato, oído, tacto y gusto.
- Los ojos enrojecen.
- Sequedad de la boca.
- Dificultad de coordinación y de procesos mentales complejos. (Sanchez J. C., 2009)

- Aumento intenso del apetito
- Depresión
- Somnolencia

- Confusión
- Letargo
- Percepción alterada de la realidad
- En ciertos casos estados de ansiedad y pánico

El consumo regular de la sustancia puede producir dependencia psíquica crónica, apareciendo, junto con esta, síntomas de tolerancia y abstinencia, además de ansiedad, insomnio, e irritabilidad. En casos prolongados de consumo, algunos expertos mencionan la aparición del controversial “síndrome amotivacional” que se presenta como una grave indiferencia, apatía y pasividad crónica en estas personas.

Los efectos se manifiestan después de varios minutos dependiendo la forma de consumo. Si es por vía aérea sus efectos se manifiestan a los 5 minutos, si se ingiere con alimentos se demora diez minutos; sus efectos duran de media hora a dos horas, varía según la clase de cannabis y la dosis.

Existen dos derivados más del cannabis: el hachís o hash, el aceite de cannabis y el aceite de hachís. (Sanchez J. C., 2009)

Hachís: Se extrae la resina de las flores, que una vez compactada, se convierte en una pasta color marrón, cuya apariencia es similar a la del chocolate. Se consume como cigarrillos mezclado, muy comúnmente, con marihuana y/o tabaco. La concentración de THC en este compuesto es mucho mayor a la marihuana seca. (Sanchez J. C., 2009)

Aceite de marihuana y aceite de hachís: Se obtiene macerando las hojas, cogollos y hachís en varios solventes (acetona, alcohol o gasolina). El porcentaje de THC en los aceites alcanza un 85%, mientras que en la marihuana seca solo se obtiene 5-10% de concentración aproximadamente. El hachís contiene hasta un 20% de THC. Estos aceites son ingeridos por vía oral o se fuman colocando unas gotas en un cigarrillo o en la marihuana seca. (Sanchez J. C., 2009)



Imagen N° 24

Pasta de Hachís o Hash y marihuana

LSD: El LSD es el nombre popular para la dietilamida de ácido lisérgico, sustancia semisintética de la que se descubrió sus propiedades alucinógenas.

A este compuesto se le considera como el alucinógeno más potente en la actualidad.

Por sus características se utilizó para fines psiquiátricos y obstétricos, en las décadas de los 50 y 60, pero percatándose de sus indeseables efectos secundarios, esta droga fue prohibida. Sin embargo con la fuerza del movimiento hippie, los jóvenes, principalmente en Estados Unidos, promovieron clandestinamente la síntesis de esta sustancia.

Al consumir el LSD se generan experiencias y sensaciones psicodélicas. Por su composición esta sustancia es incolora e inodora, su sabor es amargo.

Esta sustancia se distribuye en pedacitos de papel secante previamente impregnado de la droga, con diferentes colores y formas para que su venta sea más fácil, de esta manera se puede confundir con sellos pequeños. El líquido del LSD no está distribuido de manera uniforme en el papel, es decir que las dosis nunca serán iguales y estos implican un grave riesgo para quienes lo consumen.

Las dosis son llamadas micropuntos o tripis, cuando son bajas, y ácidos o sellos, cuando las dosis son altas. La administración se realiza por vía oral.

Los efectos que este provoca, comienzan a notarse entre veinte minutos a dos horas después de la administración; y pueden durar entre siete y doce horas.

Los efectos inmediatos son: alteraciones de la percepción, especialmente a nivel visual, pues el sujeto puede captar un cambio en los tamaños de los objetos, colores, movimientos; cambio sugestivo de la persona que llevan a percibir el tiempo de manera acelerada o más lenta, así como cambios en el estado de ánimo.

Durante todo este período de alucinaciones de toda índole, el juicio del individuo está trastornado, esto hace que se vuelvan indefensos ante cualquier peligro y amenazas.

Los efectos físicos más importantes provocados por el LSD son: **Los efectos psíquicos son:**

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aumento drástico de la energía. • Dilatación de la pupila. • Taquicardia. • Fiebre. • Entumecimiento de extremidades. <p>(Sanchez J. C., 2009)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hilaridad. • Aceleración de pensamiento. • Evocación de recuerdos. • Percepción visual deformada. • Incapacidad absoluta de mantener la concentración. • Evasión de la realidad. • Despersonalización. • Incapacidad para comunicarse verbalmente. |
|--|---|

Aunque en cada persona varían los efectos mentales, los mencionados anteriormente son los más generales.

El LSD es una droga que no produce adicción física, pero así como el cannabis, si produce tolerancia, y permanece en el cuerpo hasta períodos de cuatro días después. El uso, ya sea continuo o esporádico, de esta droga puede producir desordenes mentales como paranoia, alucinaciones, esquizofrenia, ansiedad y ataques de pánico. (Sanchez J. C., 2009)

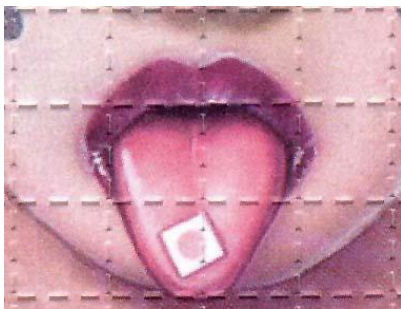


Imagen N° 25

Forma de consumo del LSD



Imagen N° 26

Varias formas de presentación de los sellos del LSD

El peyote: Es un cactus originario de las regiones semidesérticas de México; contiene una sustancia alucinógena conocida como mescalina, que desde tiempos remotos ha

sido consumida por tribus nativas como parte principal de los ritos mágicos que llevaban a cabo.

En la parte superior de la planta aparece una especie de botones que tras ser secados, se preparan en agua hirviendo o se mastican.

Al ser sometida a estudios se ha logrado calificar a esta sustancia como peligrosa, pues al actuar directamente sobre el Sistema Nervioso Central, la mescalina puede producir daños irreparables, alucinaciones y enfermedades mentales permanentes.

Los expertos señalan que durante una primera etapa se experimenta una sobre excitación seguida de otra etapa de pereza física y quietud nerviosa; en este período se manifiestan las famosas alucinaciones de color producidas por esta planta.

Las intoxicaciones producidas por el peyote, son altamente peligrosas por su grado de toxicidad alto.

Esta droga actúa directamente sobre el centro óptico cerebral, transfigurando todos los sonidos en deslumbramientos luminosos y de colores.



Imagen N° 27

Cactus Peyote

2.4. Trastorno de abuso y dependencia de consumo de sustancias psicoactivas

Una sustancia es un compuesto químico que altera el estado de ánimo o la conducta de la persona que la fuma, bebe, inhala o se la traga como píldora.

Las personas consumidoras buscan obtener estados alterados en su psique.

Muchas de estas sustancias producen adicción, cuando esta es de carácter físico, se considera una necesidad fisiológica el consumo de la misma; cuando se trata de una adicción psicológica se considera una necesidad de carácter cognitivo-emocional, el volver a experimentar estados de placer producidos por la sustancia.

Sin embargo; según el DSM-IV-TR, los trastornos por consumo de sustancias se clasifican en: dependencia y abuso de sustancias.

2.4.1 Dependencia

2.4.1.1 Definición

Es una pauta de inadaptación por consumo de una sustancia en particular, que produce un grupo de síntomas cognitivos, también de carácter conductual y psicológico. El consumo se debe haber realizado habitualmente durante un periodo mínimo de 12 meses.

La dependencia fisiológica a una sustancia en particular se muestra cuando el individuo manifiesta tolerancia y síntomas de abstinencia, como temblores y agresividad por ejemplo, cuando el consumo se interrumpe. (Halgin y Whitbourne, 2009)

Los criterios diagnósticos que se determinan en el DSM-IV- TR para poder definir una dependencia de sustancias son los siguientes:

Patrón de desadaptativo de consumo de sustancias; conllevando esto a deterioro o malestar clínicamente significativo, demostrado por el cumplimiento de mínimo tres de los siguientes ítems. Deberá ser un patrón repetitivo en un periodo de doce meses.

1. Tolerancia
2. Abstinencia
3. La sustancia es ingerida con demasiada frecuencia y en mayores cantidades o durante un tiempo mayor al que se pretendía inicialmente.
4. Deseo persistente, sin embargo inútiles por evitar o controlar el consumo
5. Se emplea mucho tiempo en tratar de conseguir la sustancia, consumo de la misma o recuperación de sus efectos.
6. Reducción, en gran medida, de las actividades sociales, laborales, familiares y recreativas.
7. Se continúa el consumo, a pesar de tener conciencia de todos los problemas que esta le causa. (Toro & Yepes, 2004)

2.4.2 Abuso

2.4.2.1 Definición

Se define como una pauta de inadaptación por consumo, que ocurre en un periodo mínimo de doce meses, se caracteriza por la ingesta de mayor cantidad sustancia de la que se pretendía en un principio en un periodo relativamente corto de tiempo. (Halgin y Whitbourne, 2009)

Sus criterios diagnósticos son:

Patrón desadaptativo de consumo caracterizado por uno o más de los siguientes ítems, y se deberá haber cumplido durante un periodo de doce meses:

1. Consumo reiterativo que lleva a un incumplimiento de obligaciones.
2. Consumo recurrente de sustancias en circunstancias que ponen en peligro a la persona.
3. Repetidos problemas legales relacionados con la sustancia y su consumo.
4. Consumo continuado a pesar de los problemas que esta causa.

Los síntomas no deberán haber cumplido, nunca, los criterios de dependencia de sustancias.

2.4.3. Causas

Existen varios factores que determinan el consumo de sustancias, entre estos tenemos (Toro y Yepes, 2004):

Factores personales: Dentro de los factores personales existen dos razones básicas por las que una persona decide comenzar a ingerir drogas: la primera se refiere a una motivación por experimentar nuevas y placenteras sensaciones; y la segunda es utilizar la droga para crear una alternativa de alivio a sensaciones perturbadoras, ya sea por factores externos o hasta por trastornos psiquiátricos, de personalidad de estados de ánimo, de ansiedad, etc.

Factores genéticos: Se tiene mucha evidencia positiva por estudios realizados en gemelos y mellizos, separados al nacer, sobre la tendencia a abuso y dependencia de sustancias.

Factores familiares: El ambiente familiar es uno de los factores principales de influencia para el consumo de sustancias. Por ejemplo, si un sujeto viene de una familia en la que el consumo de alcohol y/o otras sustancias es base principal para la socialización y enfrentar dificultades, probablemente el sujeto repetirá la conducta. De la misma manera si es que la familia se presenta como un grupo en el que la comunicación escasea y los conflictos sobran, esto aumentará la probabilidad del inicio o mantenimiento de consumo de sustancias.

Factores sociales y culturales: De manera similar a lo que ocurre en la familia, el entorno social también influyen a un inicio o mantenimiento de consumo, ya que este hábito de drogas puede ser entendido como medio de diversión o evasión de los problemas. Frecuentemente la cultura incita al consumo de diferentes sustancias, por la idea errónea de estatus, placer y bienestar q estas producen.

Factores biológicos: A través de varios estudios se ha logrado identificar la conexión entre neurotransmisores o sus receptores y la acción de determinadas sustancias sobre éstos. Los neurotransmisores más implicados en el desarrollo de abuso o dependencia de sustancias son la dopamina y el GABA. Las neuronas dopaminérgicas que se encuentran en el área tegmental ventral que se proyectan a regiones corticales y límbicas, son la vía que produce sensaciones de recompensa al ser estimulados por las sustancias de las drogas.

2.4.4 Tratamiento

Existen varias formas de tratamiento para trastornos por consumo de drogas, entre estas se pueden destacar algunos (Lima, 2008):

FARMACOTERAPIA: Pretende administrar dosis de medicamentos creados para producir inhibición de las sensaciones placenteras causadas por las diferentes sustancias, y además de producir síntomas desagradables al mezclar el fármaco con la droga en cuestión.

De este tipo de fármacos podemos mencionar:

- **DISULFIRAM:** Produce mareo, ruborización, náusea, cefaleas, etc., con sólo el consumo de media copa de vino.
- **NALTREXONE:** Originalmente para tratar trastornos narcóticos, ahora también sirve para tratar alcoholismo. Su función consiste en bloquear las sensaciones placenteras que dichas sustancias producen.

- **ACAMPROSATE:** Bloquea los efectos placenteros producidos por el alcohol, inhibiendo la producción del neurotransmisor GABA.
- **ANTIDEPRESIVOS:** Se ha podido comprobar que aquellos alcohólicos que mantuvieron un tratamiento farmacológico para controlar la depresión mantuvieron un índice de recaída mínimo en comparación con aquellos que no.

Desintoxicación hospitalaria: Consiste en internar al paciente en un centro clínico, buscando una desintoxicación que contenga la gravedad de los síntomas de abstinencia, y de esta manera si el paciente ya estando limpio de la sustancia puede decidir su ingreso a terapia individual, grupal y/o familiar.

Intervenciones motivacionales: Tiene como base teórica la entrevista motivacional, en el que el motivador debe infundir un ambiente empático, sin prejuicios, en el que la escucha reflexiva sea uno de los elementos primordiales, así como la facilitación de la verbalización de frases motivacionales. En estas entrevistas se deben evaluar resistencias, ambivalencia respecto al tratamiento, evaluación del consumo, información de riesgo, consejería e importancia de la responsabilidad de la conducta.

Intervención breve: Este tipo de intervención se realiza con un médico u otro profesional de la salud, mismo que se encarga de transmitir un mensaje claro al paciente sobre el problema del consumo, y el cómo y por qué consumir menos le traerá beneficios. Dentro de este tipo de intervención se incluye material educativo y de autoayuda.

Terapia aversiva: Consiste en sancionar las conductas desadaptativas y vincular el consumo de alcohol y drogas con experiencias aversivas, “si deseas consumir tu consecuencia será dolorosa”.

Terapia cognoscitiva-conductual: Este tipo de terapia se conforma por un grupo de técnicas estructuradas, didácticas, otorgando a los pacientes tareas que buscan mejorar la capacidad de afrontamiento a situaciones de vida, controlar el comportamiento y cambiar la manera de pensar sobre el consumo.

Grupos de autoayuda: Estos grupos son gratuitos e incluyen en su programa: el apoyo, la inspiración y las reflexiones prácticas de otras personas que comparten los mismos problemas. La presión que infunden los compañeros de grupo, entre ellos, para mantener la sobriedad; permite crear una conducta responsable frente al consumo.

Alcohólicos anónimos: Consiste en la comprensión mutua y terapéutica de dos personas que comparten el mismo problema. Ofrece una red de apoyo muy fuerte, empleando reuniones en grupo disponibles todos los días de la semana, siguen el programa de los 12 pasos para dejar de consumir y el apoyo espiritual en un Poder Superior.

Terapia familiar: Muchos experimentadores han demostrado que la terapia no sólo focalizada hacia el individuo, sino también hacia su entorno familiar, permite que las probabilidades de recuperación aumenten en un gran porcentaje.

Esta terapia se focaliza en propiciar la abstinencia, encontrar co-adictos, personas que influyen al consumo y además un entrenamiento para que haya un manejo correcto de la rehabilitación, de esta manera se evita cualquier sabotaje por parte de la familia.

Comunidad terapéutica: La comunidad terapéutica maneja un programa educativo-terapéutico, que muestra al paciente sus comportamientos anormales, y trabaja junto con él, para poder cambiarlos y darle una oportunidad de aprender a manejar las situaciones problemáticas sin tener que recurrir a sustancias psicoactivas.

Modelo mixto: Se combina la comunidad terapéutica con el trabajo de profesionales, para el momento de un diagnóstico eficaz, y para el manejo de ciertas problemáticas específicas como desordenes alimenticios, depresión o ansiedad.

Espiritualidad: Modelo basado en el desarrollo de la espiritualidad por medio de superación, trascendencia y autosuperación de cada individuo. (Lima, 2008)

2.4.5 Consumo de drogas en el ámbito nacional

Según el COSEP (CONSEJO NACIONAL DE CONTROL DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS) en El Estudio Nacional a Hogares sobre el Consumo de Drogas 2008, señala que:

El consumo de drogas lícitas en el país, en los años 2005 y 2008 han sido, en alcohol de 61,6% con una edad de primer consumo promedio de 13,7 años en 2005; y de 79,4% y edad promedio de primer consumo de 12,8 años en 2008.

El consumo de cigarrillo muestra resultados de 54,4% de la población y 13,1 años; y 46,0% de la población y 12,9 años en 2005 y 2008 respectivamente.

Drogas ilícitas presentan los siguientes resultados:

La marihuana muestra un consumo de 6,7% y la edad promedio de primer consumo de 13,2 años en 2005 y 6,4% de la población y 14,6 años en 2008.

La pasta base muestra un prevalencia de vida de 1,6% en 2005 y 13,1 de edad promedio del primer consumo en 2005; en 2008 se obtuvieron los siguientes resultados: 1,0% de prevalencia de vida y 12,9 de edad promedio del primer consumo.

El consumo de cocaína en el 2005 fue de 2,4% en la población y la edad promedio de primer consumo fue de 13,8 años, en el 2008 se obtuvo que la prevalencia de vida es de 2,2% y la edad promedio de primer consumo de 14,4 años.

El estudio de consumo de heroína se realizó solo en el año 2005, dando los siguientes resultados: 0,9% de prevalencia de vida en la población y edad promedio del primer consumo de 14,4 años.

El estudio sobre el consumo de éxtasis muestra que en 2005 2,1% de la población había consumido la sustancia por lo menos una vez, y la edad promedio del primer consumo es de 14 años. En el 2008 los resultados del estudio mostraron que la prevalencia de vida en la población es de 1,3% y la edad promedio de primer consumo de 14,1%.

El consumo de inhalantes en 2005 en el país fue de 5,2% de la población y la edad promedio de primer consumo fue de 13,3 años, mientras que en 2008 la prevalencia de vida fue de 5,7% y la edad de primer consumo de 12,5%.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE
RESULTADOS ESTADÍSTICOS

CAPITULO III

3. ANALISIS DE LOS RESULTADOS ESTADISTICOS

3.1. Método

3.1.1. Participantes:

Formaron parte de la investigación 44 personas, con rango de edad entre 18y 67 años, con una media de 31 años, mismos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Paciente interno de un centro o clínica de rehabilitación de adicciones.
- Cumplir los criterios diagnósticos de dependencia o abuso de sustancias, según el DSM-IV-TR.
- Pacientes mayores a 18 años.
- Ser paciente de género masculino.
- El individuo deberá encontrarse en la etapa inicial del tratamiento, con un tiempo de internamientos que no exceda las tres semanas.

3.1.2. Variables e instrumentos:

Se utilizó para el *TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale -20)*: El test fue creado por Graene Taylor y Michael Bagby, la escala que comprende 26 ítems y cuatro dimensiones o factores que son base de la alexitimia.

Estos son:

Factor I: Evalúa la capacidad para identificar y describir lo que se siente, y el poder de diferenciar los sentimientos y las sensaciones corporales. Los ítems que estos componen son: 1, 4, 8, 10, 12, 14, 17, 20, 22, 25, 26.

Factor II: Se evalúa la capacidad para comunicar a otros lo que internamente ocurre. Las preguntas que comprende este factor son: 3, 6, 8, 9, 12, 22, 23.

Factor III: Esta directamente dirigido a la medición de la capacidad de fantasía del individuo. Los ítems correspondientes a este factor son: 2, 5, 15, 16, 18.

Factor IV: Analiza la tendencia a preocuparse más en problemas externos que en el análisis de las experiencia subjetivas. Este factor comprende los ítems: 7, 11, 13, 19, 21, 24.

Cada uno de los ítems se responde con una numeración de 1 a 5; cada calificación tiene un significado, siendo estos: 1: Totalmente en desacuerdo, 2: Un poco en desacuerdo; 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: Algo de acuerdo, 5: Totalmente de acuerdo. Hay un número de ítems inversos, sobre los cuales la puntuación se considera como su nombre lo indica, estos ítems son: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 21, 24. Los puntajes finales se califican de la siguiente manera: **0-61 puntos: Ausencia de alexitimia; 62 puntos: límite para identificar a un sujeto no alexitímico, 63-73 puntos: riesgo alexitímico; 74 puntos: identifica como persona con alexitimia.** (Jimbo, 2004)

ASI-6 (Addiction Severity Index. Versión 6): Es una entrevista estandarizada que formula preguntas acerca de varios aspectos de su vida-salud, empleo, uso del alcohol y drogas, etc. Unas preguntas hacen referencia a los últimos 30 días o la los últimos 6 meses, la aplicación debe ser individual y en forma de entrevista. La forma abreviada, se enfoca directamente al consumo de drogas, y su aplicación puede ser de forma individual como una entrevista, o puede ser aplicada en grupo. De esta manera por medio de las respuestas dadas se puede especificar cuáles de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR se cumplen de dependencia o abuso de sustancias. Las preguntas son calificadas por parte del entrevistador, con una puntuación de 0-ninguna, 1-leve, 2-moderada, 3-considerable y 4-extrema. (Julio Bobes, 2007)

3.1.3. Procedimiento:

Se pidió colaboración a los centros de rehabilitación para poder realizar la investigación; siendo estos: CEPAD, CIRAD, CREIAD y la Clínica de rehabilitación de alcohol y drogas “12 pasos”.

Se comentó a los pacientes los objetivos de la investigación, y luego de contar con su consentimiento informado, se procedió a la aplicación del ASI-6 y a la primera aplicación

del TAS-20.

Luego de un periodo de tiempo de mes y medio desde la primera aplicación; se procedió a la segunda aplicación del TAS-20.

La población inicial dada de 54 pacientes internos. Hubo una muerte experimental de 10 personas; por interrupción del tratamiento; dando un total final en la población de **44 pacientes internos de los centros y clínicas de rehabilitación que presentan diagnósticos de abuso y dependencia de sustancias.**

Después de haber obtenidos todos los datos, estos fueron ingresados en el SPSS para ser procesados.

3.1.4. Análisis de datos:

Los datos obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios se analizaron y codificaron con el SPSS. Se efectuó un análisis descriptivo. Se compararon los resultados obtenidos en el pre-test y post-test mediante un análisis de varianza de un factor (ANOVA Y PRUEBA T).

3.2. Resultados

El perfil de los asistentes al tratamiento fueron 44, a los que se les aplicó el reactivo TAS-20 en dos momentos: el primero se realizó al comienzo del tratamiento, para esto los pacientes debieron tener máximo dos semanas desde su ingreso al centro, y el segundo un mes y medio después de la primera aplicación.

En la primera aplicación del TAS-20, se pudo determinar que los niveles de alexitimia son:

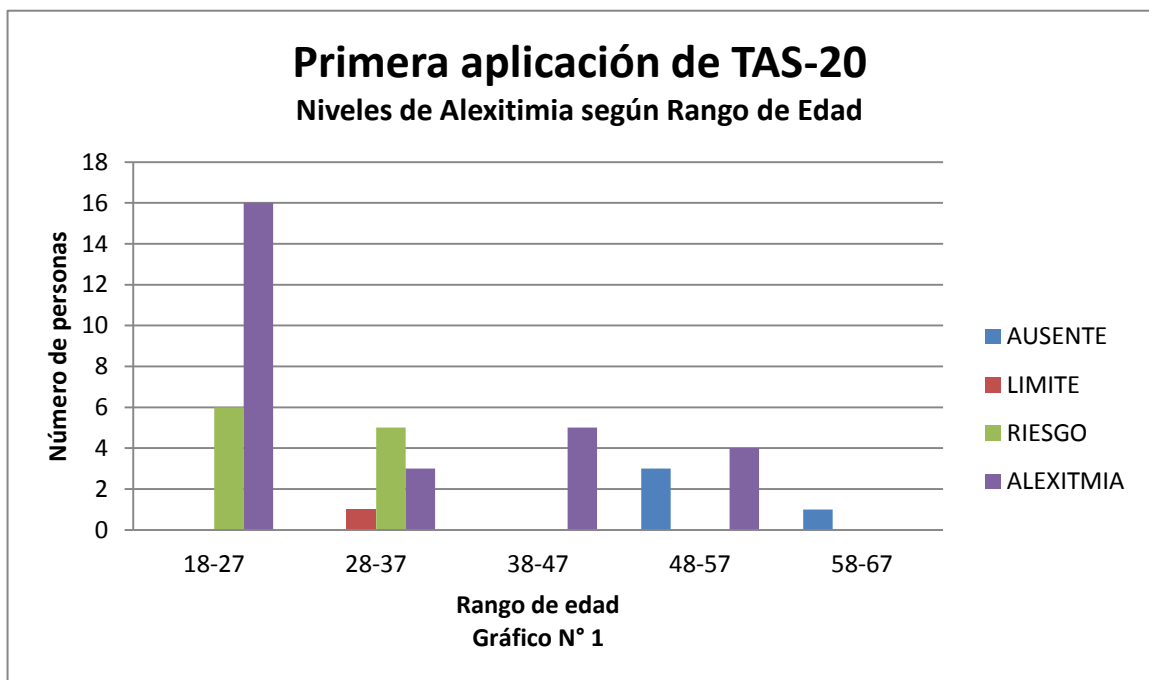
En el rango de edad de 18-27 años (22 personas corresponden a este rango de edad), un 27,3% (6 personas) tiene riesgo de alexitimia y un 72,7% (16 personas) muestra niveles altos de alexitimia.

En el grupo de 28-37 años (9 personas están en este rango de edad) el 11,1% (1 persona) presentó un nivel límite de alexitimia, el 55,6% (5 personas) está en riesgo y el 33,3% (3 personas) mostró altos niveles de alexitimia.

En el rango de pacientes de 38-47 años (5 personas corresponden a este rango de edad) se observa que el 100,0% (5 personas) obtiene niveles altos de alexitimia.

En el rango de 48-57 años (7 personas están en este grupo de pacientes) los resultados muestran que el 42,9% (3 personas) no tienen alexitimia; el 57,1% (4 personas) tiene altos niveles de alexitimia.

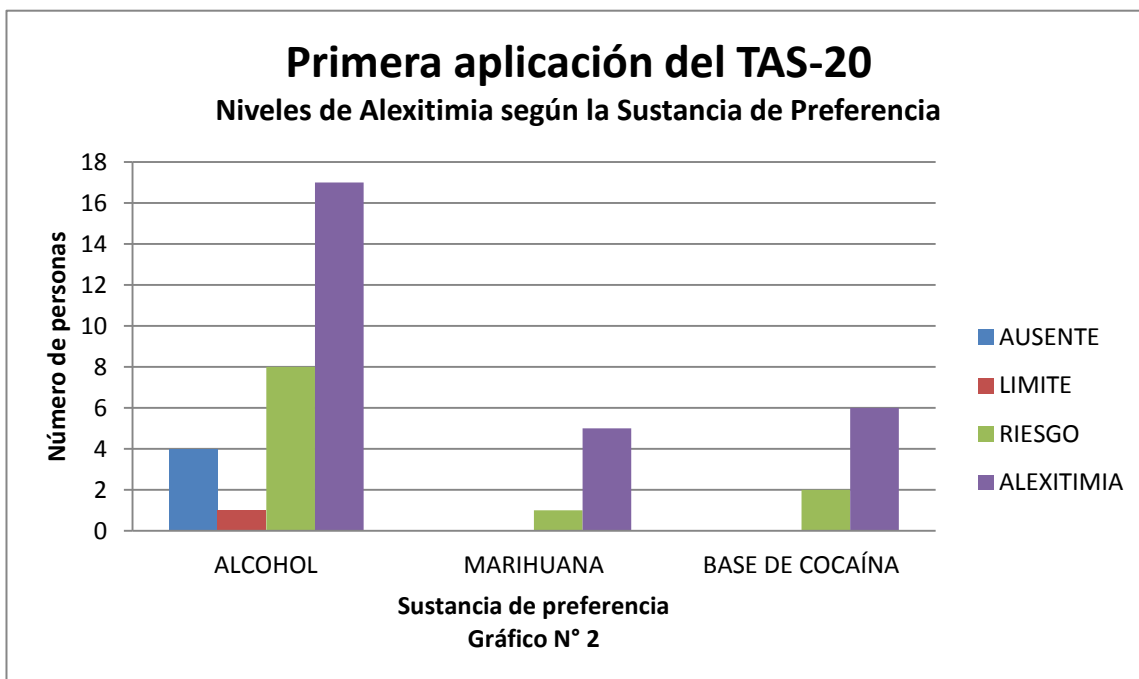
En el grupo de 58-67 años (1 persona corresponde a este rango de edad) se encontró que el 100,0% no tiene alexitimia (Gráfico N°1).



Según la sustancia de preferencia, podemos observar que el grupo que eligió al alcohol (30 personas en total), tienen los siguientes niveles de alexitimia: 13,3% (4 personas) ausente; 3,3% (1 persona) nivel límite; 26,7% (8 personas) presenta riesgo y el 56,7 (17 personas) muestran niveles altos de alexitimia.

El 16,7% (1 persona) de pacientes que señalan la marihuana como sustancia de preferencia (6 personas en total) muestran riesgo de alexitimia y un 83,3 % (5 personas) niveles altos de alexitimia.

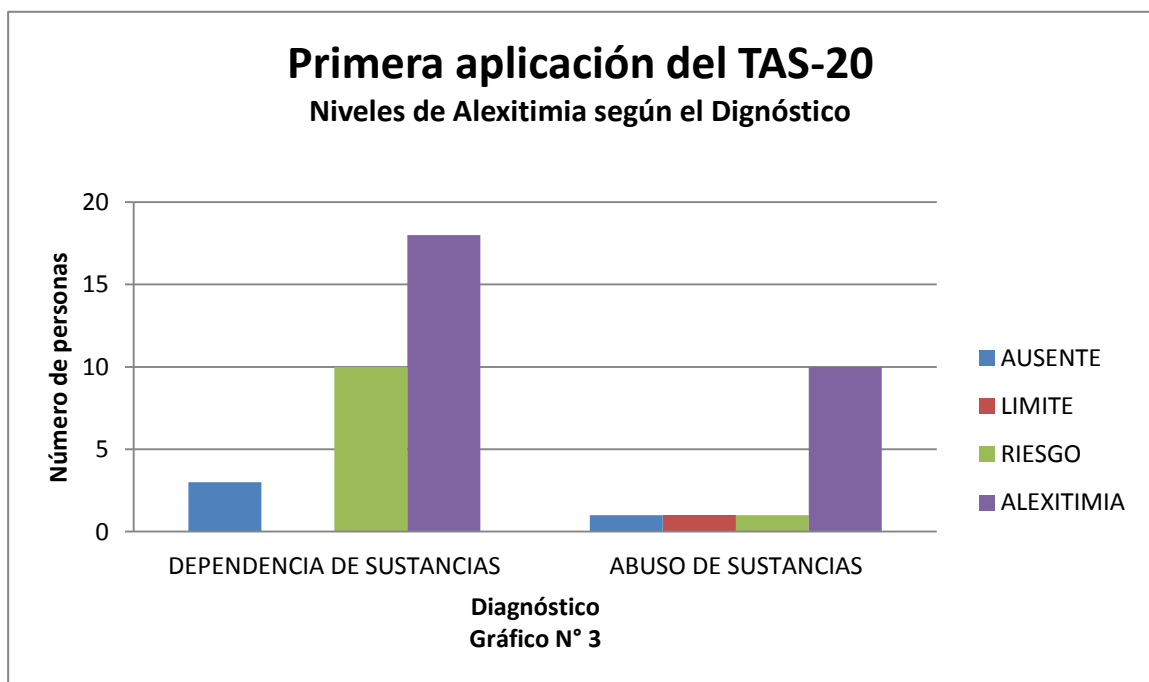
En el grupo que eligió la base de cocaína como sustancia preferida (8 personas en total), se encontró que el 25,0% (2 personas) presenta riesgo de alexitimia y el 75,0% (6 personas) niveles altos de alexitimia (Gráfico N°2).



Por último según los diagnósticos de dependencia y abuso de sustancias encontramos los siguientes resultados:

En el grupo de dependientes de sustancias (31 dependientes de sustancias) se determinó que un 9,7% (3 personas) de los individuos no tienen alexitimia; un 32,3% (10 personas) presentan riesgo de alexitimia y un 58,1% (18 personas) de los pacientes tienen altos niveles de alexitimia.

Aquellos con diagnóstico de abuso de sustancias (13 abusadores de sustancias) presentan un 7,7% (1 persona) sin alexitimia, los niveles límite y riesgo de alexitimia presentan un porcentaje de 7,7% (1 persona) de los pacientes, los niveles altos de alexitimia se obtuvieron un puntaje de 76,9% (10 personas) de los abusadores (Gráfico N° 3).¹



¹ Anexo 1 Tabla 1 pg118

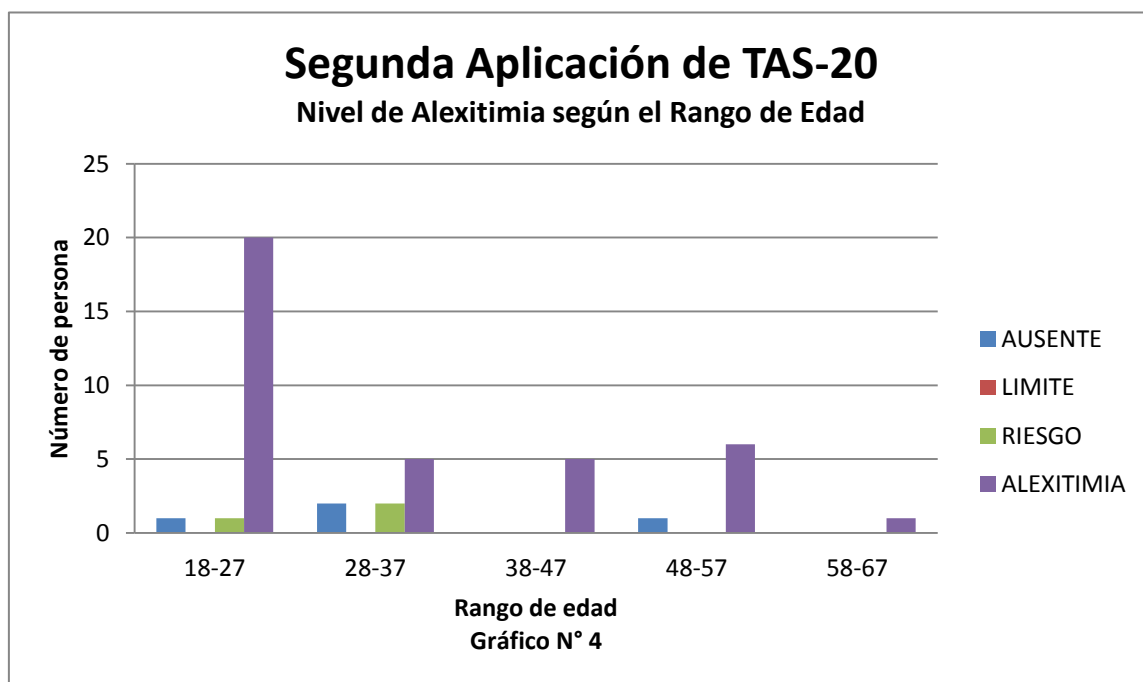
En la segunda aplicación del TAS-20 se obtuvo los siguientes resultados según el rango de edad: del grupo 18-27 años (22 personas en este rango) el 4,5% (1 persona) no tienen alexitimia; el 4,5% (1 persona) tienen riesgo de alexitimia; y el 90,9% (20 personas) muestran niveles altos de alexitimia.

En los pacientes que se encuentran entre 28-37 años (9 personas corresponden a este grupo de edad) se obtuvieron los siguientes porcentajes: 22,2% (2 personas) no tiene alexitimia; el 22,2% (2 personas) presenta riesgo de alexitimia y el 55,6% (5 personas) presenta niveles altos.

Del rango de edad de 38-47 años (5 personas están en este rango de edad) el 100,0% tiene altos niveles de alexitimia.

En el grupo de 48-57 años (7 personas en este grupo de edad) se obtiene que el 14,3% (1 persona) no tiene alexitimia y el 85,7% (6 personas) tiene nivel alto de alexitimia.

Con los pacientes de 58-67 años el 100,0% (1 persona) presenta niveles altos de alexitimia (Gráfico N° 4).

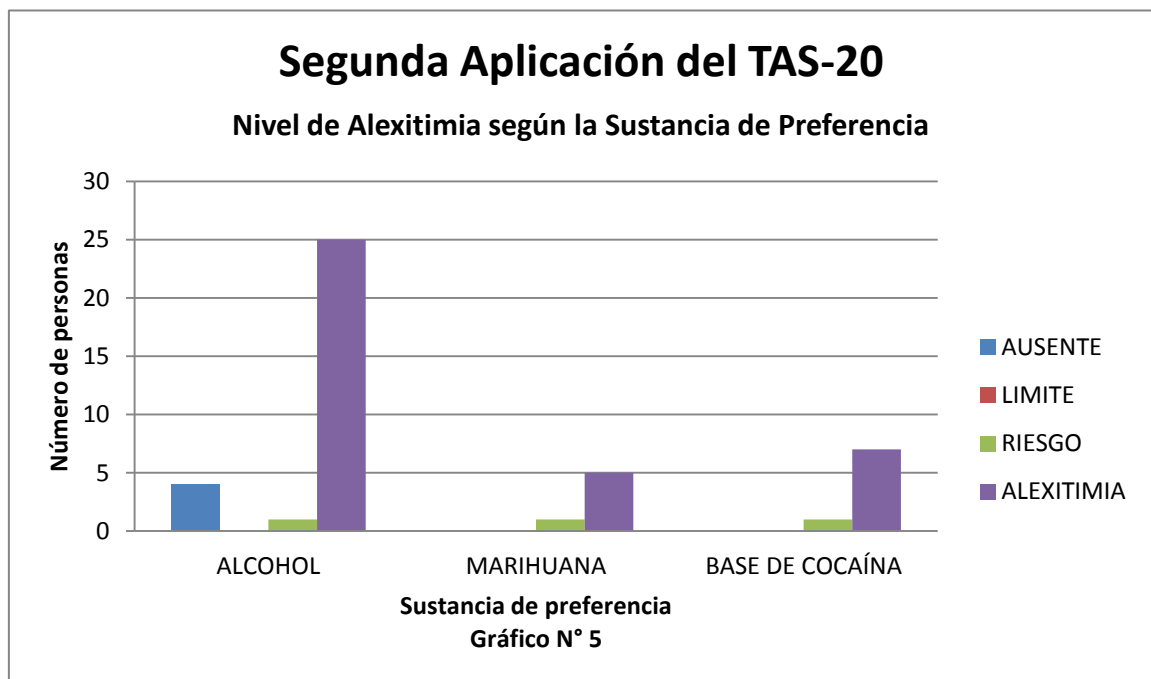


Según la sustancia de preferencia los niveles de alexitimia son:

En los pacientes alcohólicos (30 pacientes que eligen el alcohol como sustancia de preferencia) se obtuvo que 13,3% (4 personas) no tienen alexitimia; 3,3% (1 persona) del grupo presenta riesgo de alexitimia y 83,3% (25 personas) tienen altos niveles de alexitimia.

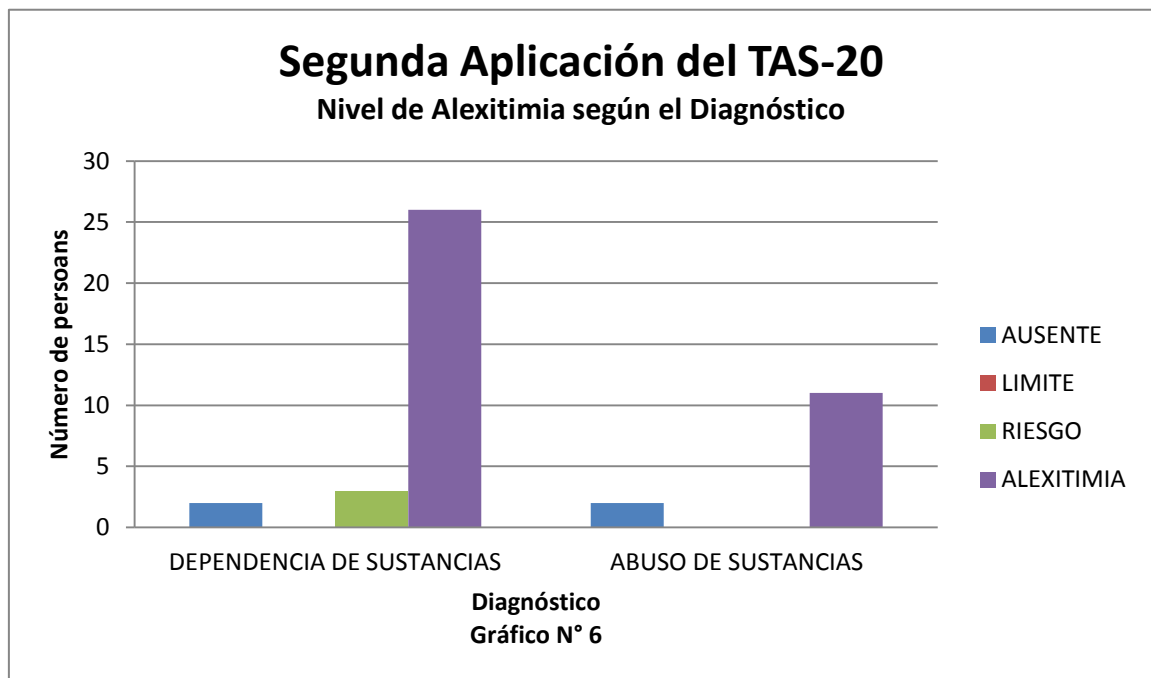
Aquellos que eligieron la marihuana como sustancias de preferencia (6 personas en total) muestran que el 16,7% (1 persona) presentan riesgo de alexitimia y el 83,3% (5 personas) niveles altos de alexitimia.

En el grupo que refiere la base de cocaína (8 personas eligen la base de cocaína como sustancia de preferencia) se obtiene que el 12,5% (1 persona) presenta riesgo de alexitimia y el 87,5% (7 personas) tienen niveles altos de alexitimia (Gráfico N° 5).



Según el diagnóstico de dependencia o abuso tenemos los siguientes resultados: en el grupo de dependientes de sustancias (31 dependientes de sustancias en total de la muestra) un 6,5% (2 personas) no tiene alexitimia, el 9,7% (3 personas) presentan riesgo de alexitimia y el 83,9% (26 personas) obtienen niveles altos niveles de alexitimia.

Los abusadores de sustancias (13 abusadores de sustancias del grupo de la muestra) muestran que el 15,4% (2 personas) no presenta alexitimia y el 84,6% (11 personas) obtiene altos niveles de alexitimia (Gráfico N° 6).²



Al realizar la prueba del ANOVA y la Prueba T, se obtuvo resultados mucho más claros sobre los datos obtenidos en la primera y segunda aplicación de TAS-20 y la diferencia entre estas. Según la Prueba T, la media de los puntajes obtenidos de la primera aplicación es de 80,09 y de la segunda es de 85,48; hay un aumento de 5,39 puntos en la media, es decir el grado de alexitimia aumenta en 5 puntos en la segunda aplicación³; sin embargo este alza del puntaje, dentro del grupo de la muestra no es significativo; así mismo en el ANOVA se obtuvo en la primera aplicación una significación de 0,626 y en la segunda una significación de 0,566 ambos puntajes están mucho más elevados de lo que se considera como significativo.

² Anexo 1 Tabla 2 pg 118

³ Anexo 1 Tabla 4 pg 119

Por lo tanto, a pesar de haber un aumento en los niveles de alexitimia, estos no son significativos, mostrando que el nivel de alexitimia en los pacientes a pesar del tratamiento se mantiene elevado.⁴

3.3. Discusión

El estudio brindó resultados importantes respecto a la incidencia de alexitimia en población de abusadores y dependientes de sustancias, la misma que corresponde al 63,3% y el 81,4% en la primera y segunda aplicación; respectivamente.

De la misma manera en un estudio realizado en Rumania, con 30 pacientes alcohólicos, 23 hombres y 7 mujeres, entre 23 y 55 años, mostró que la alexitimia parece estar íntimamente relacionada con la adicción al alcohol dado que el 63,3% de los alcohólicos presentan alexitimia; también demostró que, en esta población, a pesar de que se notó una mejoría marcada en el consumo de alcohol, los niveles de alexitimia no disminuyeron. (Birt, Sandor, Vaida, y Birt, 2008)

Otra investigación realizada en Egipto, con 200 pacientes abusadores de sustancias y 200 personas no consumidoras para el grupo de control, mostró que la alexitimia es mucho más común en los pacientes abusadores de sustancias que en las personas que no consumen; pues se obtuvo que 155 pacientes eran alexitímicos, 35 pacientes presentaban alexitimia límite y 10 pacientes no tienen alexitimia. Mientras que el grupo de control se obtuvieron los siguientes datos: 10 pacientes alexitímicos, 18 presentaban alexitimia límite y 172 personas no son alexitímicos. (Amany Haroun, 2009)

Gracias a la aplicación del ASI-6 se pudo corroborar el diagnóstico de dependencia y abuso de sustancias. Las sustancias definidas como las más usadas por los pacientes, son: el alcohol, la marihuana y la base de cocaína; dentro de este grupo el que contiene el mayor número de personas alexitímicas es el alcohol, con el 56,7% (17 personas) y el 83,3% (25 personas) en cada aplicación, seguida de la base de cocaína con 6 personas o 75,0% y 7 personas u 87,5% en las dos aplicaciones, y por último la marihuana con un 83,3% correspondiente a 5 personas en ambas aplicaciones.⁵

⁴ Anexo 1 Tabla 3 pg 120

⁵ Anexo 1 Tabla 1 y 2

Por otro lado al aplicar el TAS-20 se encontró que los pacientes que comprenden los rangos de edad entre 18-27 años muestran el número de población más alto de alexitimia, correspondiente a un 72,7% en la primera aplicación y un 90,9% en la segunda aplicación (correspondiente a 16 y 20 personas en las primera y segunda aplicación respectivamente; de un total de 22 personas que conforman este rango de edad); **por lo que se podría concluir que a menor edad mayor grado de alexitimia.**

Entre los dependientes y abusadores de sustancias los resultados muestran que en la primera aplicación se obtuvieron 18 dependientes alexitímicos (58,1%) y 10 abusadores alexitímicos (76,9%) de un total de 31 dependientes (100%) y 13 abusadores (100%). En la segunda aplicación se obtuvo 26 dependientes alexitímicos (83,9%) y 11 abusadores alexitímicos (84,6%) de un total de 31 dependientes (100%) y 13 abusadores (100%).⁶ Los datos obtenidos muestran claramente que **no hay una diferencia significativa en los niveles de alexitimia en la primera y segunda aplicación.**

Estos resultados tienen implicaciones importantes para desarrollar mejoras en los tratamientos de rehabilitación para drogodependientes, ya que la alexitimia podría considerarse un factor psicológico que puede influir, o no, en la mejora de los pacientes internos consumidores, para lo que es importante desarrollar propuestas de intervención que incluyan el trabajo terapéutico en esta problemática.

Considerando las necesidades de los pacientes, se sugiere como nueva línea de investigación evaluar la incidencia de alexitimia en pacientes que ya terminan su tratamiento de rehabilitación; también se puede evaluar el impacto de la propuesta de plan terapéutico en los niveles de alexitimia, de la misma manera la influencia en los pacientes alexitímicos si el tratamiento de los centros de rehabilitación es integrativo. Finalmente a pesar de que la investigación obtuvo datos importantes existieron las siguientes limitaciones: la imposibilidad de desarrollar un estudio longitudinal por el periodo de tiempo que comprende el internamiento para la rehabilitación y la mortalidad experimental.

⁶ Anexo 1 Tabla 1 y 2

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1. Planificación

Después de haber tenido la primera entrevista, de haber establecido el tipo de relación y trabajo que se tendrá dentro de consulta, el Rapport y la aproximación diagnóstica pertinente; se procede a realizar la planificación del tratamiento; de esta manera se evitan improvisaciones y aplicaciones intuitivas. Este proceso se realiza de manera privada, el paciente no debe estar presente.

Los puntos que se deben seguir para la planificación del tratamiento, son los siguientes:

4.1.1. Formulación Etiopatogénica: Se deben formular las siguientes preguntas ¿Cuál es el padecimiento fundamental del paciente?; ¿Qué factores han predisposto y determinado la personalidad en su desarrollo personal para que surja dicho trastorno?; ¿Por qué razones o cuales causas motivaron el apareamiento del cuadro?; ¿Qué factores impiden o impedirán la restauración de su equilibrio o curación? (Balarezo, 1995)

Dado que el plan terapéutico que se elaborará en este capítulo está directamente enfocado a tratar la alexitimia en pacientes con abuso y dependencia de sustancias internados en diferentes centros de rehabilitación; se deberá tomar en cuenta las características principales de ambas dolencias

Respondiendo estas preguntas establecidas, según nuestro grupo de pacientes, obtenemos: que el padecimiento fundamental es el abuso y dependencia de sustancias con una alta comorbilidad de alexitimia; y dado que se trata de un grupo de internos en rehabilitación, se deberá analizar todos los factores que predisponen a una persona a desarrollar tales trastornos. Así mismo se debe tener en cuenta que dado que los alexitímicos son personas con una evidente dificultad para expresar sus emociones, pues existe una falta de diferenciación de las mismas, el desarrollo de éstas será un proceso difícil y complejo, así mismo el hecho de ser consumidores de sustancias trae consigo una negación marcada de cualquier problemática presente sobre su persona.

4.1.2. Descripción de la Personalidad: Es una síntesis de las áreas problemáticas en el sujeto. (Balarezo, 1995)

La mayoría de estudios en torno al perfil de personalidad del adicto no son concluyentes respecto a un tipo de personalidad, sin embargo se han encontrado ciertos rasgos comunes con el alexitímico:

1. Incapacidad para identificar emociones.
2. Pobreza en la expresión verbal y corporal.
3. Impulsividad al afrontar y solucionar problemas.
4. Incapacidad para hacer introspección, crear y mantener proyectos y/o metas.
5. Tendencia al aislamiento y habilidades sociales pobres. (Fernández, 2011) (Laham, 2005)

Así también existen otros rasgos de personalidad alexitímico como: falta de empatía, pensamiento muy concreto; fantasías, ensoñaciones y actividad onírica reducida o nula, dificultad para diferenciar las emociones de las sensaciones corporales; rasgo categorizado como una “pseudonormalidad”, reducción de un porcentaje del sueño REM. (Fernández, 2011)

La Dra. Mirta Laham, en su artículo *la conducta adictiva*, habla sobre los rasgos de personalidad y la conducta adictiva; y nos dice que si bien es cierto que todavía no hay estudios que hayan comprobado que existe un tipo de personalidad adictiva, es cierto que existen adictos con diversos tipos de personalidad, primero, y segundo; existen rasgos de personalidad que promueven la adicción a las drogas.

Además señala los rasgos de personalidad que se encuentran como común denominador en la mayor parte de los adictos:

Baja tolerancia a la frustración. Dificultad para crear y mantener proyectos y metas. Tendencia al extremismo, todo o es blanco o negro. Tendencia a la toma de conductas compulsivas. Si dejan una adicción tienden a sustituirla por otra. (Laham, 2005)

4.1.3. Formulación de Objetivos: El terapeuta deberá discutir las metas y objetivos con el paciente, cuando es indicado hacerlo. Los objetivos deberán plantearse según los puntos anteriores, además deben centrarse directamente en las necesidades del paciente. (Balarezo, 1995)

El objetivo principal de esta propuesta terapéutica es lograr un desarrollo en el ámbito emocional, de tal manera que el paciente aprenda a reconocer sus emociones y al mismo tiempo a manejarlas de manera saludable.

Para esto se trabajará desde varios ámbitos como: terapias cognitivas, para trabajar en una interiorización a nivel consciente cognitivo de los cambios que van experimentando durante la sesión; técnicas de afirmación de sí mismo como: técnicas de autoayuda, técnicas psicoeducacionales, aprendizaje por observación, el refuerzo, etc. (Sivak y Waiter, 1998); el arteterapia, cuyo fin es crear cambios en la persona por medio de las creaciones artísticas realizadas en terapia y la discusión sobre el significado de estas después de finalizado el trabajo; pues mediante este proceso de análisis de sus obras, la persona entra en contacto consigo mismo, dentro del arteterapia tenemos la musicoterapia, la narrativa, la pintura, la poesía, la danza, el dibujo, la fotografía, el collage, el psicodrama, etc. (Arias y Vargas, 2003).

Las técnicas de relajación tienen el objetivo de que el sujeto, por medio de esos ejercicios aprenda a dejar el estrés a un lado y que la corteza cerebral empiece a reaccionar ante señales de carácter verbal e imaginativo. (Balarezo, 1995)

La corriente analítica considera que los adictos a sustancias tienen conflictos de carácter narcisista desde temprana edad, esto los lleva a que la expresión de emociones sea muy complicada para ellos, sobretodo de forma verbal (rasgos característicos de la alexitimia); gracias a esta observación se sobreentiende que el uso del arte como terapia es un medio perfecto para que se dé una exploración y expresión de los conflictos y sentimientos de una forma no verbal. (Arias & Vargas, 2003).

Considerando la complejidad el problema de la drogodependencia y alexitimia se puede crear una propuesta investigativa que abarque técnicas de psicoeducación, relajación y visualización, pintura, narración y dibujo junto con musicoterapia y registros emocionales.

Después de haberse establecido la relación terapeuta-paciente adecuada; y de haber explicado los objetivos terapéuticos, se procederá al trabajo terapéutico.

La idea es trabajar con el cliente, tratando siempre que las sesiones vayan acompañadas de música, dependiendo el fin que se busque en dicha sesión.

4.1.4. Señalamientos de técnicas: Con los objetivos ya planteados se debe realizar la selección de técnicas, mismo que debe estar enfocado a aquello que es más conveniente para el sujeto. (Balarezo, 1995)

Se propondrá un plan terapéutico de 10 sesiones, cada una tendrá una duración de una hora como máximo, cuyo objetivo principal será el incentivar al paciente a mejorar el reconocimiento de sus emociones y el manejo de las mismas. Para eso se seleccionarán técnicas que incentiven el desarrollo de diversas áreas del ser humano.

Las primeras dos sesiones estarán destinadas a establecer y señalar objetivos y crear una buena relación con el grupo, de tal manera que entren en confianza, se desinhiban, se relajen y puedan lograr un vínculo cálido de colaboración y empático. (Greenberg y Paivio, 2000)

Primera sesión: PRESENTACIÓN E INTEGRACIÓN

Esta sesión se centrará en establecer un contacto con el grupo de tal manera que se forme un vínculo de colaboración, cálido y empático; lo mismo que ayuda al cliente a sentirse comprendido, relajado y así poder focalizarse en las experiencias internas que está viviendo y lo que va a experimentar. (Greenberg & Paivio, 2000)

Después de la presentación pertinente del terapeuta y su labor dentro del grupo se procede a realizar dinámicas de presentación e integración.

El fósforo: se pedirá a los sujetos que forme un semicírculo, el mediador deberá explicar que cada persona debe tomar la caja de fósforos, sacar uno, encenderlo y durante el tiempo que permanezca encendido, el sujeto deberá hablar de sí mismo. El terapeuta comenzará dando el ejemplo.

La siguiente actividad será de desinhibición: se llama la barcas, y consiste en que los integrantes del grupo deberán ponerse de pie y caminar sin rumbo fijo; el terapeuta deberá decir: “el barco se está hundiendo y los botes salvavidas solo soportan grupos de ...# de personas” el terapeuta deberá improvisar los números y los pacientes deberán formar un grupo de personas del numero dicho por el terapeuta lo más rápido posible. Las personas que no queden dentro de un grupo perderán y deberán ir saliendo.

Se establecerán las reglas del grupo, que no podrán ser quebrantadas ajo ninguna excepción; estas serán: RESPETO, CONFIDENCIALIDAD, EMPATIA, NADIE TIENE DERECHO A JUZGAR Y SE BRINDARÁ MUTUAMENTE TODO EL APOYO NECESARIO.

Se explicará sobre qué temas se van a trabajar en el grupo, se dará una breve explicación sobre qué son las emociones y se pedirá la participación de los integrantes del grupo. Se realizará un cierre.

Segunda sesión: INTEGRACIÓN Y PSICOEDUCACIÓN

La telaraña: se tomará un ovillo de hilo grande. Se pedirá a los integrantes que hagan un círculo, se les dará la consigna: “se le dará el hilo a una persona, esta deberá amarrar un pedazo del hilo en su dedo y lanzar a otro integrante del grupo haciendo una pregunta sobre su vida, la persona que reciba el ovillo deberá responder amarrar y lanzar a alguien más”.

De esta manera se reafirma la integración y el trabajo en equipo, mostrando al grupo qué es lo que pasa con la red que hicieron si uno de ellos deja de colaborar, o peor aun si todos no colaboran.

Acto seguido se procederá a exponer información referente a las emociones, cuales son, niveles de expresividad, beneficios y también como pueden perjudicarnos. Por último se procederá a cerrar la sesión con una mesa redonda, en la que se pretende una retroalimentación sobre el tema.

Tercera sesión: TÉCNICA DE RELAJACIÓN

Consistirá en realizar una técnica de relajación de mente y cuerpo, en la que los clientes, siendo dirigidos por el terapeuta, lograrán entrar en contacto más directo con las sensaciones corporales y los pensamientos que este tiene. Se busca además con esta técnica aliviar malestares de tipo físico, psicológico y somático; además que el cliente tome conciencia de que no existe una dualidad cuerpo-mente, sino que por el contrario están íntimamente relacionados y funcionan complementariamente.

El terapeuta va guiando a los pacientes por un ejercicio en el que, después de tomar conciencia de su respiración y controlarla, se irá recorriendo el cuerpo por medio de contracciones musculares y liberación de los mismos, de esta manera se toma conciencia de las partes más tensionadas del cuerpo y se permite una relajación de las mismas.

Para esta sesión se necesitara que se encuentren en un lugar con la iluminación necesaria, con una temperatura ambiente, que no permita interrupciones y que se pueda implementar música para relajación. (Balarezo, 1995)

Al finalizar la actividad se pedirá que cuenten la experiencia y se explicará la finalidad de esta.

Cuarta sesión: RECONOCIENDO MIS SENSACIONES

El objetivo de este ejercicio es que el cliente tome contacto con su cuerpo y haga conscientes sus sensaciones. Para esto los sujetos deben recostarse con los ojos cerrados, después de guiar al paciente hacia un estado de concentración y concientización por medio de la corrección de la respiración, se dirige a los pacientes para que sientan su cuerpo y tengan conciencia de las sensaciones que se producen en éste.

El proceso se les facilita realizando las siguientes preguntas:

- ¿Sientes dolor en alguna parte de su cuerpo?
- ¿A qué ritmo late tu corazón?
- ¿Cómo está tu respiración?
- ¿Existen tensiones?
- ¿Qué temperatura tienes?
- ¿Sientes tu sudor?

- ¿Hay sensaciones de placer o de agrado?
- ¿Hay alguna sensación desconocida?

Mientras va avanzando el ejercicio se tendrá que improvisar más preguntas sobre las sensaciones corporales. Además se deberá tener en cuenta que es necesario que el ambiente brinde tranquilidad y comodidad al paciente, además de que la música sea la adecuada.

Por último se pide que los pacientes compartan su experiencia, además de que se creará un análisis sobre las respuestas dadas. (Falconí y Pozo, 1999)

Quinta sesión: UNIENDO EMOCIONES CON SENSACIONES

La sesión se iniciará con un recuento explicativo sobre lo que son las emociones y cómo actúan en la persona; y cómo la benefician cuando se las maneja como es debido.

Para esta técnica se va a utilizar la musicoterapia; se aplicará diversos tipos de música dando la oportunidad y el tiempo para que el paciente permita que la música despierte sensaciones-emociones. Dado que se tratan de pacientes alexitímicos que todavía no diferencian sus emociones, se tomarán en cuenta las sensaciones corporales que la música despierta en ellos y el grado de incomodidad o agrado que estas despiertan.

Los pacientes deberán compartir y escribir la experiencia que tuvieron.

Se tratará de motivar la imaginación del paciente pidiéndole que cualquier recuerdo que evoque la música también sea compartido y registrado. (Arias y Vargas, 2003)

Terminado el ejercicio se procederá a explicar al paciente que aquellas sensaciones agradables y desagradables están íntimamente relacionadas con las emociones y las reacciones orgánicas que éstas provocan en el cuerpo. (Falconí y Pozo, 1999)

Sexta sesión: SENTIR-EXPRESAR

Se pide a los pacientes que se acuesten con los ojos cerrados y que se mantengan en esa posición hasta el final del ejercicio; el terapeuta deberá presentar diversos estímulos de carácter específico.

Los diferentes estímulos sonoros que se pueden presentar son: sonidos de llaves, azotar de una puerta, golpes; autos; etc. Y dentro del grupo de sonidos elegidos también se deberá incluir sonidos de emociones específicas como risas, llanto, gritos de ira, susto o emoción; etc.

Con este ejercicio se pretende que las sensaciones-emociones sean ubicadas y se pueda tomar conciencia de las mismas y de la relación que hay entre la emoción y el cuerpo.

Para finalizar se deberá formular las siguientes preguntas: ¿Con qué partes de tu cuerpo recibiste las sensaciones que se produjeron?, ¿Qué partes del cuerpo guardan las emociones que reviviste?, ¿Qué nombre pondrías a las emociones que pudiste experimentar? ¿Cómo te sientes después de haber sentido esto? (Falconí y Pozo, 1999)

Por último se pedirá que realicen un registro diario sobre la cantidad de veces al día que tiene emociones fuertes, tendrá que especificar qué emoción, nivel y situación que despertó esta emoción, este diario de registro deberá llevarse por el resto del tratamiento terapéutico y esporádicamente se dará revisión al mismo. (Greenberg y Paivio, 2000)

Séptima sesión: NARRACIÓN-PSICODRAMA

Se elegirá un texto y se le pedirá que lo lea de manera natural, a continuación se le pedirá a un paciente que vayan alternando la lectura con diferentes tintes emocionales, se complementará con música que despierte la emoción elegida.

Se pedirá que, en primera instancia, exageren al máximo la expresión de cada emoción; calificando a este nivel como 10.

Después de haber repasado todas las emociones elegidas por el terapeuta, se les pide a los pacientes que elija una. Con esta se trabajará en un cambio de niveles de expresividad emotiva; se pedirá que comience expresando en 10 y mientras lee el texto se ordenará

que vaya disminuyendo los niveles emotivos hasta llegar a 1. El siguiente paso será jugar alternando niveles mientras se repasa el texto.

Al final se pedirá que cuente como se sintió durante el ejercicio, y se le pedirá que lea en el nivel emotivo que parece el más adecuado.

De esta manera se pretende trabajar en la diferenciación, la expresión de emociones y asertividad trabajando con niveles de expresividad. (Arias y Vargas, 2003) (Bello, 2000)

Octava sesión: DEJANDO SALIR LAS EMOCIONES

Se pedirá a los pacientes que se coloque en una posición cómoda, y mediante unos minutos de respiraciones correctas, se guiará al paciente a que entre en contacto con sus sensaciones-emociones del momento, se ordenará que se dejen aflorar las sensaciones para ser plasmadas gráficamente. Cuando el cliente abre los ojos se le entrega una cartulina blanca y varias pinturas líquidas y en lápiz, se pide que deje fluir las emociones a través de los colores, que simplemente pinten lo que sienten.

Como paso final se discute la obra realizada para interpretarla. Se pregunta las sensaciones emociones y como se podría interpretar lo que ha creado.

La intensidad de los colores y aquello con lo que los asociamos, son elementos importantes para descubrir y transformar sentimientos y emociones; los colores están cargados de sentido para todas las personas, además que influyen en el estado de ánimo. La intensidad del trazo también tiene una significación importante. La pintura en un medio para sacar lo más profundo de nosotros mismos; además de que la creación artística será siempre un espejo de su autor; y para su interpretación hay que siempre buscar el significado, por medio del diálogo, de los colores, las formas y figuras; y los símbolos utilizados. (Arias y Vargas, 2003)

Novena sesión: : ARTETERAPIA

Se pedirá a los sujetos que evoque recuerdos de su pasado lejano, de sus conductas, de cómo consideraban que eran, de cómo se sentían y cómo se expresaban, y que realicen una comparación con cómo son, cómo se sienten y expresan ahora (Piatigorsky, 1995).

Según estas conclusiones se pide que realicen una pintura basándose en estas sensaciones que han despertado; se le entrega la cartulina y las pinturas. Ya acabado el dibujo se le motiva a la interpretación de la misma. (Arias y Vargas, 2003)

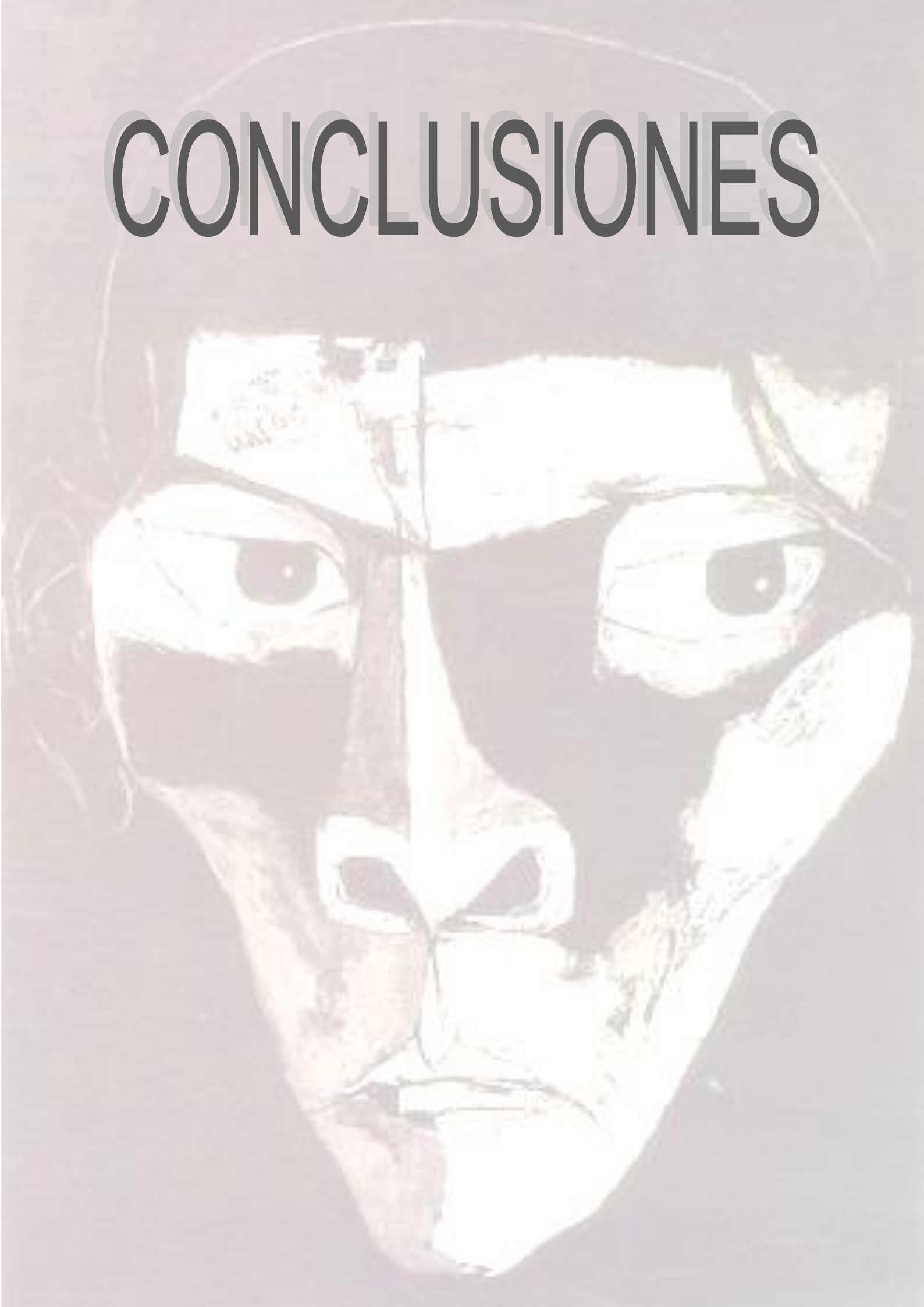
Décima sesión: NARRATIVA-TEATRO ESPONTANEO

En cuanto a la pintura realizada en la sesión anterior, como cierre, se pedirá a los pacientes que realicen una historia en torno a su obra. Sea cual sea esta, se pedirá ser compartida e interpretada, brindando el cierre adecuado con cada uno de los integrantes; para esto el autor de la historia deberá elegir a varios integrantes del grupo que deberán hacer su mejor esfuerzo por interpretar la historia y sobretodo la emotividad de la misma, realizando teatro espontaneo, de esta manera se trabaja empatía, asertividad y cierre. (Arias y Vargas, 2003)

Para llevar a cabo este plan terapéutico se debe tomar en cuenta que lo que se busca es la estimulación de las emociones, imaginación, la diferenciación de las emociones y control de las mismas; es por esto que se buscó siempre trabajar con estímulos que incentiven el despertar de estos; además ejercicios para mantenerlas y otros para controlarlas también.

De esta manera se pretende producir un crecimiento emocional de gran magnitud, de tal forma que al volver a tener contacto con sus emociones, todos sus otros conflictos pueden comenzar a ser solucionados.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

La investigación ha llevado a determinar que la incidencia de alexitimia en personas que padecen de abuso y dependencia de sustancias, es sumamente alta, lo que nos lleva a plantearnos nuevas líneas de investigación: evaluar la incidencia de alexitimia en pacientes que ya terminan su tratamiento de rehabilitación; también se puede evaluar el impacto de la propuesta de plan terapéutico en los niveles de alexitimia, de la misma manera la influencia en los pacientes alexitímicos si el tratamiento de los centros de rehabilitación es integrativo.

Según la investigación realizada se pudo determinar que varios estudios señalan que el porcentaje de alexitímicos en personas que consumen sustancias es muy alto, así es el caso de un estudio realizado en Rumania, con 30 pacientes alcohólicos, 23 hombres y 7 mujeres, con un rango de edad entre 23 y 55 años, demostró que la alexitimia parece estar íntimamente relacionada con la adicción al alcohol dado que los resultados mostraron que el 63,3% de los alcohólicos presentan alexitimia; también se pudo observar que a pesar de que se notó una mejoría marcada en el consumo de alcohol, los niveles de alexitimia no disminuyeron. (Birt, Sandor, Vaida, y Birt, 2008)

Otra investigación realizada en Egipto, con 200 pacientes abusadores de sustancias y un grupo de control de igual número de personas, demostró que los niveles de alexitimia son más altos en los pacientes abusadores de sustancias que en el grupo de control. Se observó que 155 pacientes eran alexitímicos, 35 pacientes presentaban alexitimia límite y 10 pacientes no tenían alexitimia. Mientras que el grupo de control se obtuvieron los siguientes datos: 10 pacientes alexitímicos, 18 presentaban alexitimia límite y 172 personas no son alexitímicos. (Amany Haroun, 2009)

De la igual manera, en este estudio los resultados son muy claros, los niveles de alexitimia son altos en la población determinada. Por lo que se puede decir que entre los datos obtenidos y la investigación teórica realizada se encuentran resultados congruentes entre sí.

Dicho esto se puede decir que el objetivo general de la investigación ha sido cumplido exitosamente, pues se logró determinar la incidencia de alexitimia en las personas consumidoras que se encuentran internas, para esto se confirmó los diagnósticos de abuso y dependencia de sustancias según el DSM-IV-TR, se aplicó los reactivos TAS-20 y ASI-6 en los pacientes que se encontraban en la primera etapa de internamiento, se realizó la segunda aplicación del TAS-20 un mes y medio después, se determinó niveles de alexitimia según

edad, sustancia de preferencia y diagnóstico⁷ y según estos resultados se creó una propuesta de plan terapéutico para tratar la alexitimia.

Gracias a la investigación se logra establecer que: la alexitimia sí es un factor psicológico relacionado con la dependencia y abuso de sustancias, que a menor edad mayor grado de alexitimia, en cuanto a la sustancia de preferencia es el alcohol la que mas acogida tuvo y por lo tanto más número de personas alexitímicas. La dependencia y abuso de sustancias no muestra gran diferencia en el nivel de alexitimia que se obtuvo.

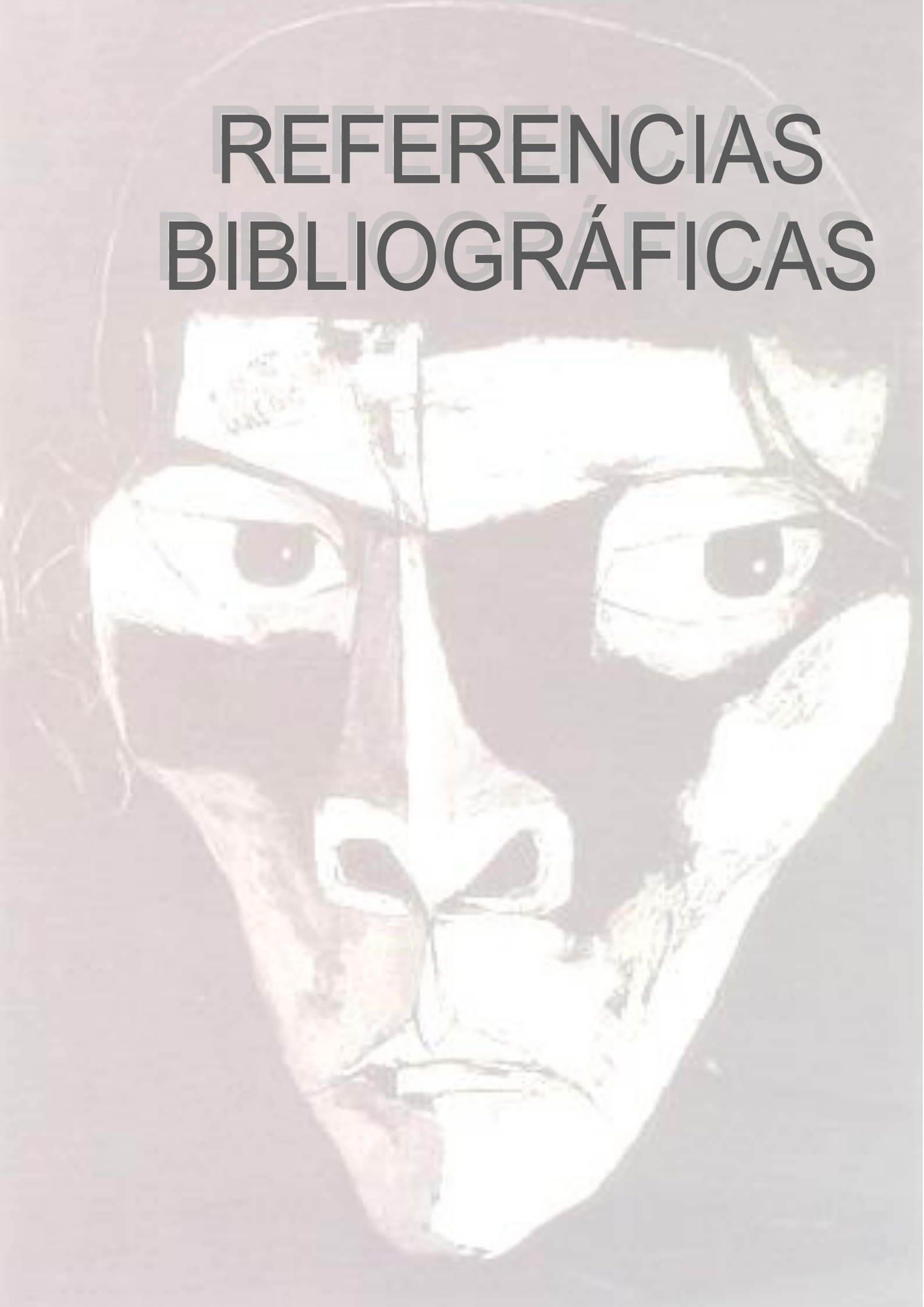
Los hallazgos estadísticos dieron los resultados esperados, mientras que los hallazgos teóricos sobre el tema de la alexitimia, arrojan a la luz datos muy destacables y dignos de investigación, así por ejemplo, tenemos que la alexitimia no solo es común en pacientes con trastornos psicossomáticos o de consumo de sustancias, sino en muchos más, como trastornos alimentarios o enfermedades físicas de tipo degenerativo, terminales, etc.

Se logra elaborar la tesis, por medio del cálculo de la incidencia de alexitimia en la muestra de 44 personas que consumen sustancias y están internas en un centro de rehabilitación; los datos de los test muestran una incidencia de 28 personas (63,3%) tienen alexitimia en la primera aplicación y 11 personas (25%) tienen riesgo de alexitimia. En la segunda aplicación se obtuvo los siguientes resultados: 37 (84,1%) pacientes tienen alexitimia y 3 (6,8%) tienen riesgo de alexitimia, y aunque la diferencia según el ANOVA y la PRUEBA T no es significativa, se puede observar que hay un aumento del nivel de alexitimia según va avanzando la rehabilitación.

Se podría concluir sugiriendo un trabajo terapéutico mas específico en el desarrollo y manejo de emociones y de esta manera brindar una rehabilitación mas solida y completa.

⁷ Anexo 1 Tabla 1 y 2

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Amany Haroun, E. R. (2009). Alexithymia in egyptian substance abusers. *Lecturer in Psychiatry, Department of Neuropsychiatry, Faculty of Medicine, Ain Shams University, Cairo, Egypt*, Routledge. 21(11). 37-41. <http://dx.doi.org/10.1080/08897070109511442>
- Arias, D., y Vargas, C. (2003). *La creación artística como terapia*. Barcelona: R B A Libros, S.A.
- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (EDIPUCE).
- Bello, M. C. (2000). *Introducción al psicodrama*. Mexico D.F.: Editorial Colibrí.
- Birt, M. A., Sandor, V., Vaida, A., y Birt, M. (2008). Alexithymia, a risk factor in alcohol addiction? A brief research report on romanian population. *Journal of Cognitive an Behavioral Psychotherapies*. 8(2). 217-225.
- Constanza, L., Sanchis, M., y Rodriguez, A. (2008). *Concepto de alexitimia*. Tesis de grado. UDD Santiago. Santiago-Chile.
- Espina, A. (1998). El constructo alexitimia, Implicaciones clínicas y terapéuticas. *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia*. Madrid.
- Espina, A. (2000). Alexitimia y duelo crónico. *Clínica y Análisis grupal*, 22(1). 115-130.
- Falconí, F., y Pozo, S. (1999). *Revalorización de la personalidad de la mujer agredida*. Quito: DELTA S.C.
- Fernández, F. A. (2011). Alexitimia y su trascendencia clínica y social . *Sald mental*, 2.
- Greenberg, L. S., y Paivio, S. (2000). *Trabajar con la emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Halgin, R., y Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad*. México: McGrawHill.
- Jimbo, P. (2004). *Alexitimia: la dificultad para verbalizar los afectos*. Trabajo mográfico. Universidad del Azuay. Cuenca.
- Julio Bobes, M. T.-B.-P. (2007). *VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN: Aplicación a la gestión clínica y a la minitorización de los tratamientos*. Madrid: Cibersam.
- Laham, M. (2005). La conducta adictiva. *Psicología de la salud*, <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales/82-la-conducta-adictiva.html>.
- López, J. M. (2006). *Drogas. Guía practica de psicología*. Madrid: Ediciones Temas de hoy.
- Moreira, V., y López, S. R. (2005). Enfermedad de Crohn. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005001100009&script=sci_arttext&tlng=e.
- Otero, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 587-596.

Páez, D. (2000). *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.

Piatigorsky, J. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

Rozados, R. (2008). Alexitimia. *Psicomag*,
http://www.depresion.psicomag.com/alexitimia_txt.php.

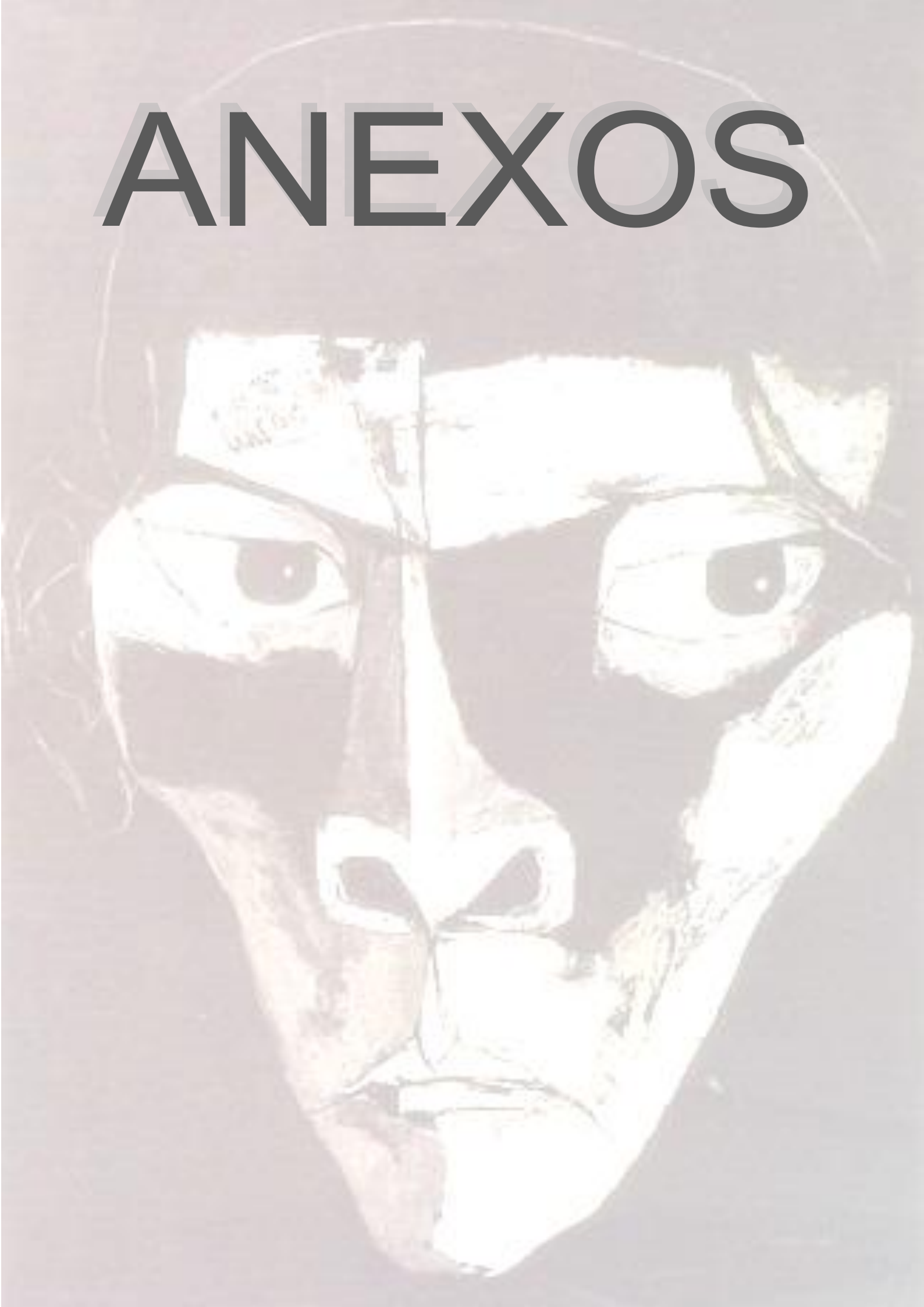
Sanchez, B. (2010). Alexitimia: historia, etiología y comorbilidad. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis 2010*, 5.

Sanchez, J. C. (2009). *Programa educativo de prevención: Las drogas*. España: Cultural S.A.

Sivak, R., y Waiter, A. (1998). *alexitmia, la dificultad para verbalizar los afectos*. Buenos Aires: Paidós.

Toro, R. J., y Yepes, L. E. (2004). *Psiquiatría*. Colombia: CIB.

ANEXOS



Anexo 1

Tabla 1

Tablas de contingencias					
Primera aplicación de TAS-20 (Toronto Alexitime Scale – 20)					
Edad rango	Nivel de alexitimia				Total
	AUSENTE	LIMITE	RIESGO	ALEXITIMIA	
18-27	0	0	6	16	22
	,0%	,0%	27,3%	72,7%	100,0%
28-37	0	1	5	3	9
	,0%	11,1%	55,6%	33,3%	100,0%
38-47	0	0	0	5	5
	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
48-57	3	0	0	4	7
	42,9%	,0%	,0%	57,1%	100,0%
58-67	1	0	0	0	1
	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Total	4	1	11	28	44
	9,1%	2,3%	25,0%	63,6%	100,0%

Sustancia de preferencia	Nivel de alexitimia				Total
	AUSENTE	LIMITE	RIESGO	ALEXITIMIA	
ALCOHOL	4	1	8	17	30
	13,3%	3,3%	26,7%	56,7%	100,0%
MARIHUANA	0	0	1	5	6
	,0%	,0%	16,7%	83,3%	100,0%
BASE DE COCAÍNA	0	0	2	6	8
	,0%	,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Total	4	1	11	28	44
	9,1%	2,3%	25,0%	63,6%	100,0%

Diagnóstico	Nivel de alexitimia				Total
	AUSENTE	LIMITE	RIESGO	ALEXITIMIA	
Dependencia de sustancias	3	0	10	18	31
	9,7%	,0%	32,3%	58,1%	100,0%
Abuso de sustancias	1	1	1	10	13
	7,7%	7,7%	7,7%	76,9%	100,0%
Total	4	1	11	28	44
	9,1%	2,3%	25,0%	63,6%	100,0%

Tabla 2

Segunda aplicación TAS-20 (Toronto Alexitime Scale -20)					
Edad rango	Nivel de alexitimia				Total
	AUSENTE	LIMITE	RIESGO	ALEXITIMIA	
18-27	1 4,5%	0 ,0%	1 4,5%	20 90,9%	22 100,0%
28-37	2 22,2%	0 ,0%	2 22,2%	5 55,6%	9 100,0%
38-47	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	5 100,0%	5 100,0%
48-57	1 14,3%	0 ,0%	0 ,0%	6 85,7%	7 100,0%
58-67	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 100,0%	1 100,0%
Total	4 9,1%	0 ,0%	3 6,8%	37 84,1%	44 100,0%

Sustancia de preferencia	Nivel de alexitimia				Total
	AUSENTE	LIMITE	RIESGO	ALEXITIMIA	
ALCOHOL	4 13,3%	0 ,0%	1 3,3%	25 83,3%	30 100,0%
MARIHUANA	0 ,0%	0 ,0%	1 16,7%	5 83,3%	6 100,0%
BASE DE COCAÍNA	0 ,0%	0 ,0%	1 12,5%	7 87,5%	8 100,0%
Total	4 9,1%	0 ,0%	3 6,8%	37 84,1%	44 100,0%

Diagnóstico	Nivel de alexitimia				Total
	AUSENTE	LIMITE	RIESGO	ALEXITIMIA	
Dependencia de sustancias	2 6,5%	0 ,0%	3 9,7%	26 83,9%	31 100,0%
Abuso de sustancias	2 15,4%	0 ,0%	0 ,0%	11 84,6%	13 100,0%
Total	4 9,1%	0 ,0%	3 6,8%	37 84,1%	44 100,0%

TABLA 3
ANOVA

	SUMA DE CUADRADOS	gl	Sig.
PRIMERA APLICACION TAS-20	36,586	43	,626
SEGUNDA APLICACIÓN TAS-20	33,886	43	,566

TABLA 4
PRUEBA T

	gl	Sig (bilateral)	Diferencia de medias
PRIMERA APLICACIÓN TAS-20	43	,000	80,091
SEGUNDA APLICACIÓN TAS-20	43	,000	85,477