



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Departamento de Psicología Médica,

Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

ASOCIACIÓN DE ALEXITIMIA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS Y
SUS FAMILIARES DE PRIMER GRADO , TRATADOS EN CENTRO DE INTEGRACION
JUVENIL TLALPAN .

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:
FELIPE OMAR OLMEDO FIGUEROA

Dr. Dra. Silvia Ortiz León

Asesor teórico

Mtra. Psic. Aurora Jaimes Medrano

Asesor metodológico

____México, D. F. marzo 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Tabla de contenido

TITULO..... 3

RESUMEN 3

INTRODUCCION. 4

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES. 4

JUSTIFICACION..... 21

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 22

PREGUNTA DE INVESTIGACION 22

OBJETIVO GENERAL 23

OBJETIVOS ESPECIFICOS..... 23

DEFINICION DE VARIABLES 23

MATERIAL Y METODOS 32

 DISEÑO..... 32

 POBLACION 32

 PROCEDIMIENTO 36

 INSTRUMENTOS..... ¡Error! Marcador no definido.

 ANALISIS ESTADISTICO 36

 CONSIDERACIONES ETICAS 36

ANEXOS 49

BIBLIOGRAFIA..... 54

HFBA 3/12/12 3:28 PM
Eliminado: 33

HFBA 3/12/12 3:28 PM
Eliminado: 33

HFBA 3/12/12 3:28 PM
Eliminado: 33

HFBA 3/12/12 3:28 PM
Eliminado: 36

HFBA 3/12/12 3:28 PM
Eliminado: 37

HFBA 3/12/12 3:28 PM
Eliminado: 37

HFBA 3/12/12 3:28 PM
Eliminado: 50

HFBA 3/12/12 3:28 PM
Eliminado: 55

TITULO

ASOCIACIÓN DE ALEXITIMIA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS Y SUS FAMILIARES DE PRIMER GRADO , TRATADOS EN CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL TLALPAN .

RESUMEN

La alexitimia es un trastorno cognitivo-afectivo caracterizado por la dificultad en identificar y describir sentimientos, se han documentado conclusiones en estudios previos sobre alexitimia y su relación con el consumo de drogas , sin embargo los estudios anteriores no han evaluado explícitamente el cambio en las puntuaciones de alexitimia de adolescentes consumidores y sus familiares lo que podría dar pauta a un estudio de seguimiento e intentar concluir dicho parámetro como un posible factor de riesgo.**Objetivo.**El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación de la alexitimia y el consumo de sustancias psicoactivas en una población de adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentren recibiendo tratamiento en el Centro de Integración Juvenil Tlalpan, así mismo se evaluó la presencia de alexitimia en los familiares de primer grado;se recabaron datos sociodemográficos de cada participante y el patrón de consumo.**Material y métodos.** Se seleccionó a los adolescentes por conveniencia de acuerdo al rango de edad (17 y 19 años) que acudieron al CIJ de Tlalpan entre julio y octubre del 2011, se obtuvo una muestra de 100 pacientes y un familiar de primer grado de cada paciente con la recolección de datos sociodemográficos por medio de una hoja especial en donde se incluyeron los patrones de consumo.**Conclusiones.** Se observa una asociación de alexitimia en adolescentes que consumen drogas y en sus familiares de primer grado. En el consumo de alcohol se obtuvo mayor asociación y frecuencia con relación a la alexitimia. En cuanto a trastornos psiquiátricos comórbidos se encontró una asociación entre los trastornos afectivos, los trastornos de la alimentación y la aleximia.

INTRODUCCION.

De acuerdo al último informe en materia de adicciones de la Organización Mundial de la Salud, la dependencia de sustancias es multifactorial: está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales. Se sabe desde hace tiempo que el cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos (neurotransmisores). Las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores endógenos naturales e interfieren en el funcionamiento cerebral normal alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores. Igualmente se declaró que la comunidad de salud pública tiene que prestar más atención a los problemas sanitarios y sociales asociados con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, y con la dependencia de esos productos, y es necesario dar una respuesta normativa apropiada para abordar esos problemas en diferentes sociedades.

Las características comunes que pueden definir al paciente adicto son: impulsividad, falta de autocontrol, ciertos rasgos de trastornos de personalidad (predominan de clúster B), agresividad, dificultad en la gestión de las emociones, ansiedad, problemas del estado de ánimo, entre otras.

Los estudios y la práctica clínica indican que en los pacientes con adicción a una sustancia cursan algún grado de alexitimia. La definición de este concepto se divide en tres puntos: a) dificultad para describir los sentimientos, b) ausencia o reducción importante de la fantasía, y c) manifestación del pensamiento operatorio.

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES.

Etimológicamente la palabra adicto viene del latín “addictus” que quiere decir “adjudicado o heredado”. Después de una guerra, los romanos hacían una especie de subasta donde se regalaban esclavos a los soldados que pelearon bien. Esos esclavos eran conocidos como “addictus”. En estos términos entenderíamos que adicto es un “esclavo de las drogas”.

En términos psicoanalíticos la palabra Adicto proviene del prefijo “a” y “dicto”, en latín “dicho”. Adicto es entonces quien no ha podido poner en palabras su angustia vital o sufrimiento (y así comenzar a elaborarla) y por ello ha recurrido al efecto alienante de las drogas como ilusoria vía de escape.

En términos generales se traduce como la dificultad para expresar sentimientos negativos y por tanto se utilizan otros medios (en este caso el consumo de sustancias) para eliminar dichos sentimientos. Si revisamos el concepto Alexitimia va muy de la mano con el concepto anterior ya que se refiere a un trastorno cognitivo-afectivo caracterizado por la dificultad en identificar y describir sentimientos.

Hacer referencia a la gestión de las emociones es un campo muy amplio y una parte de él es el analfabetismo emocional. Éste está totalmente ligado al término alexitimia (Sifneos, 1972), que se define como ausencia de palabras para expresar las emociones.

Para entender cómo funciona todo ser humano ante las emociones, es importante introducir otros términos como la Medicina córtico- visceral (Colodrón, 1966), donde se hace referencia a la relación existente entre los estados corporales y el procesamiento cognitivo. Y la extensión posterior de Damasio, que explica que todo proceso cognitivo va acompañado de un mecanismo neuropsicológico llamado marcador somático. Así mismo es de suma importancia hacer mención de la Neurobiología de las Adicciones lo que a continuación se expresa:

La dependencia de sustancias es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC), debida a una disfunción neurobiológica de estructuras cerebrales mesencefálicas, límbicas y corticales y de circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta (Kosten, 1998; Leshner, 1997; Kalivas y Volkow, 2005). Los circuitos que intervienen en la memoria y el aprendizaje pueden jugar un papel decisivo en la enfermedad adictiva. La asociación repetida del efecto reforzador de las sustancias de abuso, con determinados estímulos ambientales o internos, induce un poderoso efecto de condicionamiento, no sólo a la propia sustancia, sino también a las señales que predicen su posible disponibilidad. Dichas señales (estímulos condicionados) pueden (por si mismas) producir liberación de dopamina en las sinapsis del sistema límbico y disparar estados de craving, búsqueda y auto-administración de la sustancia de la cual se ha desarrollado dependencia (Volkow, 2005).

La enfermedad adictiva puede tener su inicio en cualquier etapa de la vida y debutar con cualquier sustancia, con juego patológico, o incluso con una adicción al trabajo. Posteriormente se pueden ir añadiendo otras conductas adictivas químicas o comportamentales con un agravamiento progresivo de la enfermedad y un ensombrecimiento de su pronóstico, a menos que su evolución se detenga, bien sea mediante un tratamiento especializado o bien por los propios medios de la persona afectada, sin

embargo, suele persistir una tendencia a sustituir unas conductas adictivas por otras y también hacia la recidiva y también a sustituir una conducta adictiva por otra.

El desarrollo tardío de los circuitos implicados en las emociones, la capacidad de razonamiento y el control inhibitorio de respuestas inapropiadas podría explicar la elevada propensión de los adolescentes para actuar de manera impulsiva e ignorar las potenciales consecuencias negativas de su comportamiento, factores que incrementan el riesgo de abuso de sustancias en esta etapa precoz de la vida y también de sus consecuencias, las cuales probablemente son más perjudiciales sobre un cerebro en desarrollo.(Volkow 2005)

Por otro lado, las personas que padecen determinados trastornos psiquiátricos (de los Ejes I y II) podrían tener un mayor riesgo de abuso de sustancias. Incluso podría haber un sustrato neurobiológico común entre el abuso de sustancias y determinados trastornos mentales asociados. Puede haber factores biológicos de vulnerabilidad individual que contribuyen tanto al inicio precoz como a la cronificación del abuso de sustancias, pero conviene tener en cuenta que los factores individuales interaccionan con factores ambientales, los cuales que pueden incrementar dicha vulnerabilidad o bien atenuarla, en cuyo caso actuarían como factores protectores.

ALEXITIMIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL

Relacionado con el término, alexitimia, está la Inteligencia Emocional. La definición de este concepto ha ido evolucionando: actualmente, la más completa dice que esta inteligencia implica la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997).

La impulsividad es una característica común en los pacientes adictos y significa que la persona tiene un pensamiento dirigido a la acción, debido a la falta de recursos para sobre llevar ciertas situaciones, como por ejemplo: estrés, solución de problemas...etc.

Hacer referencia a la impulsividad en pacientes con dependencia a una sustancia, es hacer hincapié en una de las características comunes que existen entre ellos. La impulsividad, aunque se lleva estudiando desde el siglo XIX, es un concepto sobre el cual no existe un consenso entre profesionales. Impulsividad proviene del término impulsus del latín que significa golpear, pulsar o empujar. Una definición actual es la de Moeller y Barrat (2001), entendiendo impulsividad como la predisposición hacia reacciones rápidas y no planificadas, a estímulos internos o externos, sin consideración de las consecuencias negativas hacia sí mismo o los demás. Esta pérdida de control puede llevar a una recaída, debido a no poder controlar el craving y la urgencia de consumo.

A veces, la pérdida de control lleva a la persona a actuar con cierta agresividad e irritabilidad. O también la baja tolerancia a la frustración les lleva a actuar impulsivamente. Es necesario destacar la patología dual, es decir, a la coexistencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno psiquiátrico.

Los estudios refieren a la existencia de una prevalencia de concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos entre un 15% y un 80% (Marta Torrens, 2008). El rango es tan amplio debido a las diferencias en la muestra de población, en la metodología del estudio, diferencias geográficas, sociales o temporales, incluyendo los sesgos del investigador. Los estudios epidemiológicos internacionales revelan que la comorbilidad de trastorno por abuso de sustancias se da más de un 60% en pacientes con trastorno bipolar (Regier DA et al., 1990), más del 70% con trastornos de la personalidad (Verheul R, 2001), cifras mayores del 30% en trastornos por ansiedad y depresión (Compton WN et al., 2007), también ocurre con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Wilens TE, 2007).

Según Marta Torrens (2008), existen cuatro posibilidades para que se de patología dual. Son las siguientes:

1. La combinación puede ocurrir por “casualidad” o como consecuencia de compartir los mismos factores predisponentes.
2. El primer trastorno puede influir en el desarrollo del segundo trastorno, de forma que éste siga un curso independiente. Así el consumo de drogas puede precipitar a una predisposición a una psicosis, o

causar un cambio fisiológico permanente que origine un trastorno permanente. O viceversa. Requiere tratamiento independiente.

3. El consumo de sustancias puede paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente. En este caso, el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica podría hacer remitir el de sustancias.

4. Algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias o abstinencia.

Si nos centramos en los trastornos psiquiátricos con más prevalencia, podemos hacer referencia a los trastornos de personalidad. Dentro del amplio tipo de trastornos de personalidad los que tienen una concurrencia mayor son los de clúster B.

Torrens. et (2008) . El diagnóstico más común es el del Trastorno Límite de la Personalidad, pero también se dan características del Narcisista y Antisocial. Las características comunes entre ellos son la impulsividad, irritabilidad, agresividad e inestabilidad afectiva.

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo tienen un papel importante en la patología dual. Cabe decir, que los pacientes adictos tienen niveles elevados de ansiedad inducido por el consumo o abstinencia del mismo.

También hay pacientes que tienen diagnósticos previos de trastornos de ansiedad como la Agorafobia o Crisis de Pánico (APA, 2005). Respecto al estado de ánimo, los trastornos más frecuentes son el Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Bipolar (APA, 2005) y la existencia se puede dar por los mismos motivos comentados anteriormente. Si describimos los síntomas más asiduos en este tipo de pacientes son irritabilidad, cambios de humor, anhedonia, tristeza, euforia, etc. Tanto en trastornos de ansiedad como en trastornos del estado de ánimo, puede existir un diagnóstico inducido por el consumo de la sustancia.

Diferentes estudios con pacientes psicósomáticos, como los que realizaron Polavsky (1945) o Ruesch (1948) entre otros, evidenciaron la existencia de ciertas características referentes a la falta de expresión emocional. En 1972, Peter Sifneos, acuñó estas características al término alexitimia, cuyo

significado es “ausencia de las palabras para expresar las emociones” (1). Justamente, la información que da el propio término: A “carencia de”, LEXIS “palabra” y THYMOS “emoción”. En 1988, García-Esteve, Núñez y Valdés, realizaron una definición más extensa de alexitimia dividiéndola en tres puntos:

- a) Dificultad marcada para describir los sentimientos.
- b) Ausencia o reducción importante de la fantasía.
- c) Manifestación del pensamiento operatorio.

Posteriormente, estos mismos autores han añadido nuevos elementos que no han sido consensuados.

Parker et al. (1990) en un estudio identificaron que el 49% de los pacientes con una adicción presentan alexitimia. Otros conceptos relacionados con la alexitimia son la Inteligencia Emocional y las expresiones faciales. La relación que establecen es de inclusión entre ellas. Por un lado alexitimia e Inteligencia Emocional son constructos independientes, pero mantienen una relación inversa estrecha. Considerando la alexitimia el extremo inferior del continuo de la Inteligencia Emocional. Y por otro lado, las expresiones faciales forman parte de ambas.

Por un lado, la Inteligencia Emocional puede dividirse en cuatro puntos clave (Mayer y Salovey, 1997):

1. Percepción, valoración y expresión de la emoción. Este punto está relacionado con la identificación de emociones (estados físicos, emociones, pensamientos...) y la expresión de emociones adecuada y las necesidades de ellas.
2. Facilitación emocional del pensamiento. Las emociones pueden influir en nuestro pensamiento por varios motivos como la priorización del pensamiento, la intensidad y accesibilidad de las mismas, etc.
3. Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional. Las habilidades comprendidas en este punto son: etiquetar y reconocer las emociones, interpretar los significados, comprensión de los sentimientos complejos y reconocimiento de la transición entre emociones.

4. Regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual. Este punto hace referencia a la habilidad para estar abiertos a los sentimientos, para atraer o distanciarse reflexivamente de una emoción y para regular las emociones en uno mismo.

Por otro lado, el estudio realizado por Paul Ekman, sobre las expresiones, faciales nos explica que el rostro es un sistema de señas universales e involuntarias que van de la mano de las emociones. Las expresiones faciales nos ayudan a comprendernos y a comprender a los demás. Nuestro rostro es un medio de comunicación.

Desde el punto de vista de las neurociencias, el libro Medicina córtico- visceral de Colodrón (1966) hacía referencia a la relación entre el estado corporal y el proceso cognitivo. Todo proceso cognitivo va acompañado de un mecanismo neuropsicológico. Treinta años después se realiza una extensión al trabajo anterior, Damasio plantea la Hipótesis somato - visceral (1996). Esta hipótesis explica que existe un marcador somático (un mecanismo neuropsicológico), que son señales que provienen de la ejecución subliminal o amígdala y de la representación de los estados corporales contingentes a las experiencias pasadas. De una forma más clara: existe un estímulo generador de una reacción automática en el cerebro que se refleja en el cuerpo como una emoción. La cual tiene la posibilidad de proyectar esa reacción concreta con varias ideas que se relacionan con esas reacciones y con el objeto que ha causado la reacción. En el momento en que percibimos todo esto es cuando tenemos un sentimiento.

Las partes del cerebro relacionadas con las emociones son tres: la amígdala, el neocórtex y el hipocampo. Por un lado, en la amígdala se encuentra la memoria emocional y se encarga de las reacciones emocionales más primitivas como el miedo o la ira, es un sistema de alarma. Por otro lado, el neocórtex procesa la información emocional analizando el estímulo emocional para determinar sus características.

También el hipocampo tiene una función importante respecto a las emociones, ya que proporciona una memoria perfecta del contexto, es importante para el significado emocional. En el neocórtex se halla el lóbulo prefrontal relacionado con la expresión de las emociones y éste, a su vez, se divide en tres regiones: la prefrontal orbitofrontal, la medial y la dorsolateral.

Las dos primeras están relacionadas con el pensamiento de las emociones (Damasio, 1998). Y en sí misma, la orbitofrontal está relacionada con la respuesta emocional que implica contingencias aprendidas de refuerzo, relacionadas con las expresiones faciales de la emoción.

Otra parte afectada son las funciones ejecutivas que se encuentran deterioradas debido al consumo de sustancias (Verdejo et al., 2004). Toman decisiones des-adaptativas que con frecuencia parecen dirigidas a conseguir recompensas inmediatas incluso cuando existe el riesgo de generar consecuencias negativas a medio y largo plazo, esto recibe el nombre de miopía conductual.

Podemos describir emoción como la reacción corporal. Y sentimiento como la experiencia consciente de la emoción. Estos dos conceptos conllevan pensamientos, estados físicos y conductas. Existen diferentes tipos de emociones, pero hay seis básicas que han sido consensuadas por profesionales del ámbito. Son las siguientes:

- a) Miedo: aparece cuando el individuo percibe una situación o estímulo como amenazante.
- b) Ira: esta emoción se activa cuando se bloquea la conducta dirigida hacia una meta, como también al ser engañados, heridos o traicionados.
- c) Tristeza: aparece ante el fracaso y la separación.
- d) Alegría: tanto el éxito como los acontecimientos positivos y las situaciones que refuerzan la autovalía provocan que aparezca la emoción.
- e) Sorpresa: la activación se produce ante sucesos inesperados. Es la emoción más corta porque una vez conoces el suceso ya no es sorpresa.
- f) Asco: los objetos o acontecimientos psicológicos o de mal gusto pueden producir esta emoción.

APLICACIONES TERAPÉUTICAS

En base al desarrollo teórico anterior, existen estudios sobre la confección de programas de alfabetización emocional lo cual sería idóneo para poder disminuir o remitir la alexitimia. Es decir, para

adquirir vocabulario emocional, incluyendo en este aprendizaje la relación existente entre los estados físicos, los pensamientos relacionados y las conductas que desencadenan.

También es importante aprender la relación entre las expresiones físicas, síntomas físicos y cada una de las emociones básicas, ya que nuestro cuerpo también nos comunica. Una vez adquirido el conocimiento de las emociones es relevante ser consciente de ellas para conocer nuestras propias reacciones. Todo ser humano siente o tiene emociones al leer un texto o novela, escuchar música, observar imágenes, etc; también es positivo saber identificarlo. También es importante la práctica de conversaciones conscientes, es decir, identificando las emociones para ser capaces de expresárselo a las demás personas.

Por ejemplo, en una discusión podemos llegar a sentir rabia hacia la otra persona/s y tener una actuación impulsiva (p.ej: agresión verbal o física, consumo de drogas). Una forma de evitar esta reacción sería identificar los cambios físicos que se están produciendo como tensión, aumento del ritmo cardíaco, etc; y una vez que se han reconocido los cambios, intentar relajarse para luego poder relacionarlo con la emoción.

Siguiendo la línea de la impulsividad, en un paciente con patología dual como podría ser el Trastorno Límite de la Personalidad, donde las características más destacadas son la impulsividad e inestabilidad emocional, obtendría beneficios al adquirir vocabulario emocional, ya que eso significaría que haría un aprendizaje sobre sus emociones y en consecuencia de sus reacciones. Si relacionamos la alexitimia con la impulsividad, nos damos cuenta que una característica principal de la alexitimia hace referencia al pensamiento operatorio (Marty y M'Uzan, 1963), que describe el funcionamiento psicológico caracterizado por:

- a) Un estilo de vida externalizado, orientado a la acción
- b) Un estilo cognitivo externamente orientado (referido a acontecimientos externos y concretos).

Si unimos el pensamiento operatorio a las conductas o reacciones rápidas y no planificadas que presenta el paciente adicto, nos encontramos con una dificultad de contención. Y pueden utilizar la impulsividad como expresión de conflictos. Sifneos et al. (1977), afirman que un paciente con alexitimia se encuentra en situaciones sociales difíciles en las que requieren el manejo de las

emociones, se siente frustrado al no poder expresarse y comprenderse adecuadamente, y recurre en primer lugar a manejar el problema analizando interminables detalles (pensamiento operativo), pero al no ser adecuada la respuesta aumenta la tensión y puede recurrir a la retirada o actos impulsivos como medio de resolver una situación intolerable.

Si hacemos referencia a la prevención de recaídas, Marlatt y Gordon (1980), han otorgado un papel importante a los estados negativos y su regulación en la recaída de los pacientes con una conducta adictiva, e incluyen, dentro de una relación de ocho factores, tres factores directamente relacionados con la regulación de los componentes somáticos y subjetivos de los afectos, junto con factores relacionados con el pensamiento externamente orientado u orientado a la acción.

Existen cuatro tipos de situaciones de riesgo: el malestar psicológico, el malestar emocional, craving y situaciones sociales. Todas ellas relacionadas directa o indirectamente con las emociones. Si el paciente aprende a interpretar qué es lo que le sucede ante las situaciones aumentará su autoeficacia.

Toda persona que haga un aprendizaje similar va a tener beneficios. Pero en el caso de pacientes con una adicción, adquirir habilidades emocionales va a hacer posible que tengan un mayor conocimiento de sí mismos y así ser capaces de conseguir una autorregulación de sus estados emocionales, tanto positivos, como negativos y poder adoptar una posición de autoeficacia y prevención ante el consumo.

FAMILIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Pérez y cols., refieren que la familia nuclear tradicional pudiera ser la mejor preparada para enfrentar los cambios del ciclo vital de la familia y adaptarse correctamente, reportaron un incremento en el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes con intensas disfunciones familiares (relacionado con malestar psíquico y síntomas depresivos). Branstetter y cols., dan importancia a los estilos de apego, indicaron que altos niveles de apoyo entre los miembros y bajos niveles de interacciones negativas en sus relaciones con las madres, disminuyen el riesgo de desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias. El monitoreo parental es más fácil para los adolescentes con estilos de apego seguros ya que proporcionan una aproximación global del adolescente y la interpretación de la relación en el momento de necesidad de apoyo e interacciones negativas.

Musitu y cols., sostienen que otro factor que influye en el desarrollo de trastorno por uso de sustancias son las características positivas o negativas del funcionamiento familiar (cohesión, adaptabilidad, expresividad, conflicto), ya que aumentan o disminuyen las autoevaluaciones positivas del adolescente en las áreas vitales del adolescente (familia, escuela, amistades y apariencia física). Estas autoevaluaciones se construyen a partir de las retroalimentaciones percibidas de los otros significativos. Las percepciones del adolescente en cuanto a la calidad de sus relaciones en el contexto familiar (grado de vinculación, expresividad y conflicto) influyen en su autoestima .

Ramírez menciona que los adolescentes con dependencia a sustancias se identifican con sus pares por la insatisfacción del funcionamiento familiar . Sanz y cols., relacionaron que la intensidad, frecuencia, inestabilidad y contenido y relaciones de amor, hostilidad, control y autonomía por parte de la madre y relaciones de amor y control por parte del padre, además de la cohesión familiar percibida por el hijo se asocian con alta probabilidad de consumo de sustancias. La cohesión percibida por el hijo, así como la relación de control de la madre podría ser un efecto protector ante los conflictos maritales.

Suchman y cols., reportaron que en madres con un estilo parental controlador y percibidas por sus hijos con poca externalización de problemas presentan menos problemas escolares. Los niños que perciben a sus madres con estilo parental controlador y estas a su vez autopercibidas con poca externalización de problemas, presentan menos problemas en la escuela. Los niños con madres con estilo parental controlador con externalización de sus problemas, presentan mayor apoyo de sus padres. Los niños con la percepción de sus padres como altamente cuidadosos e interesados, presentan mayor estrés psicológico y autoeficacia realista a su vez, las relaciones entre madres-hijos con alta calidez parental presentan mayor probabilidad de internalización de problemas. Concluyen que la capacidad de establecer límites firmes mientras se apoya la autonomía y la crítica proporciona una conducta adaptativa en los preadolescentes y adolescentes .

Sin embargo, Iraugi y cols., reportaron asociaciones positivas entre la comunicación, la satisfacción y los recursos y negativas entre estas y el estrés familiar; concluyeron que el consumo de sustancias de un miembro no influye en estas asociaciones o en las percepciones de los demás miembros para el funcionamiento si se mantienen otras características estables .

Hotton y Haans encontraron que las familias monoparentales presentan el doble de riesgo para uso de sustancias . A su vez Duncan y cols., coinciden con esto, mencionan que los hijos de familias monoparentales presentan mayor uso de alcohol que jóvenes en familias completas . Para Eggleston y cols., los hogares con familias monoparentales, encabezados por la madre y pobres reglas parentales, fueron factores predictivos para el inicio del uso de marihuana. La cohesión familiar redujo el riesgo del uso en mujeres, no en varones .

Por otra parte Pérez y cols., refieren que la estructura familiar no influye en la percepción del adolescente en el grado de funcionalidad de su familia, ni en la sensación de apoyo social en el consumo de sustancias; tampoco en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico . A su vez, Rees y Venezuela sostienen que no existe relación en la estructura familiar, quizá en familias monoparentales, la madre está a cargo, resultando ser menos eficaz para establecer y regular límites y medidas disciplinarias .

Eggleston y cols observaron que en familias con reglas y opiniones estrictas acerca del uso de alcohol y drogas, se redujo el impacto de inicio de consumo de sustancias legales hasta 10%, independientemente de la estructura familiar. También reportaron que los factores que influían para el inicio del consumo de cocaína y heroína fueron: para varones, uso de sustancias de la madre y agresión física, mientras que para mujeres influían los hogares monoparentales, y en menor proporción el poco establecimiento de reglas y menos autonomía para uso de drogas .

Hotton y Haans reconocieron tres aspectos de las familias: hostilidad parental, monitoreo parental y cohesión padre-hijo. Los adolescentes cuyos padres tenían un estilo negativo u hostil (enojo, forzamiento inconsciente de reglas, coacción) presentan mayor consumo de sustancias hasta llegar a la intoxicación .

Choquet y cols., encontraron que mientras mayor es percibido el control parental, menor es el uso de sustancias del adolescente, sin embargo, en adolescentes con consumo activo el control parental se relacionaba más al uso de tabaco y marihuana que al alcohol. También encontraron que en familias reconstituidas, los adolescentes que refieren nulo control parental, presentan un alto riesgo para uso de alcohol, tabaco y marihuana; también presentan mayor riesgo de intento suicida y pobre apoyo emocional por sus pares. Concluyeron que probablemente exista una necesidad de control parental, independientemente de la estructura familiar .

Se ha observado que cuando suceden cambios en la estructura familiar por los procesos propios de las etapas del ciclo familiar, se refleja disminución de la cohesión y flexibilidad cuando los adolescentes llegan a esta etapa, lo que pueda dar la percepción al adolescente de un sistema menos cohesionado y flexible, ocasionando dificultad ante los intentos de diferenciación, para alcanzar su individuación. Esto podría representar una menor diferenciación y usar la droga como un recurso de individuación patológica o pseudo-individuación .

Newman y cols., reportaron que las familias con un estilo parental autoritativo, presentan menor riesgo de uso de drogas en adolescentes. Los adolescentes que pertenecen a familias con un estilo parental autoritativo aplazan el consumo de tabaco hasta 2 años, sin embargo, con un consumo activo no se modifican la relación entre las prácticas parentales y el tabaquismo. Encontraron que los adolescentes que señalan a sus padres con estilos parentales de negligencia/desapego o autoritarios, presentan un aumento en el riesgo de consumo de sustancias. La permisividad parental o indulgencia se asoció con un aumento en el consumo de alcohol y tabaco entre adolescentes. Los adolescentes que

señalaron a sus padres respetar su intimidad y autonomía, consideraron un estilo parental saludable, y fueron adolescentes que menos reportaron inicio de consumo de tabaco o la intención de suspenderlo, si ya lo habían iniciado. Otro hallazgo que encontraron fue que el estilo parental del padre del mismo sexo tiene relación más fuerte con la regulación de sí mismo y la sustancia de uso .

Se ha estudiado otro factor predisponente para el consumo de sustancias. Brooks y cols., encontraron que el nivel de los conflictos entre padres e hijos durante la adolescencia temprana, media y tardía incrementa la probabilidad de consumo de sustancias en los hijos ya que una disminución en el apego padre-hijo tiene una función catalítica en una cadena de secuencias que con el transcurso del tiempo, conducirá al consumo de sustancias. El conflicto juega un papel en las relaciones con los pares y padres en el adulto con trastorno por uso de sustancias. Una relación de apego positiva padre-hijo subraya el desarrollo de rasgos de personalidad resistentes a drogas . Slesnick y cols., reportaron que los adolescentes con abuso de sustancias, en comparación con los adolescentes con uso de sustancias reportaron menor cohesión familiar, menos cuidado parental y menores tácticas de resolución de conflictos severos que los involucrados en violencia de sus padres .

Skeer y cols., encontraron que los adolescentes que vivan en familias con altos niveles de conflicto familiar presentan mayor riesgo para desarrollo de trastorno por uso de sustancias probablemente por internalización de los conflictos familiares, vivían con mayor autculpa que era representada en formas externalizadas mediante el consumo de sustancias y otros problemas de conducta. Sostienen que un tercio de los casos de trastorno por uso de sustancias puede prevenirse si los adolescentes no vivieran en ambientes familiares con niveles de conflicto elevados. También enfatizan que un soporte social externo ofrece mayor protección contra los efectos de conflicto familiar. A su vez Muñoz-Rivas, y cols. sostienen que mientras existan disputas frecuentes entre el jóven y sus padres, se predice una mayor probabilidad de consumo. En casos avanzados de consumo, deja de existir esta asociación .

TEORÍAS DE FAMILIAS CON ADOLESCENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS

Stanton y cols., encontraron un patrón prototípico para las familias de adictos a la heroína. Describieron las relaciones familiares, involucrando una madre apegada, sobreprotectora, indulgente y altamente permisiva, un padre autoritario y violento fácilmente controlado por la madre o un padre distante y con poco poder frente a la madre y un hijo adicto favorecido por la madre y malcriado. En el caso de las mujeres adictas, se encontró competencia con la madre. Observaron un proceso cíclico en un sistema íntimo, interdependiente, interpersonal que se establece en una tríada que involucra regularmente a la madre, al padre y al hijo adicto. Ante la amenaza de desequilibrio del sistema familiar, el adicto se activa, cambia su conducta y crea una situación en la que la atención se concentra en él, así los padres pasan del conflicto conyugal al apego excesivo parental, una vez eludida la crisis conyugal, el adicto se comporta de manera más competente. El adicto queda ante el dilema de la individualización de sus padres, ya que ha reforzado su dependencia a su familia y su indefensión ante la adicción.

Otro modelo teórico fue el elaborado por Cirillo y cols., mediante la observación de familias de adictos en un centro terapéutico. Encontraron que para el estudio de familias de adictos se necesita un trasfondo trigeracional, donde se observan vicisitudes traumáticas, predominantemente en la línea paterna. Esto les permitió clasificar las familias en tres subgrupos de estudio, a lo que nombraron a cada uno recorridos desde familias en donde se encuentra un abandono disimulado, hasta familias con un abandono activo. Dentro del ciclo familiar propusieron siete estadios o fases: 1) historia de los padres en el interior de sus respectivas familias de origen; 2) formación de la pareja conyugal, influida por las precedentes vicisitudes individuales; 3) modalidades de cuidado experimentadas por el hijo en los primeros años; 4) la adolescencia y a los primeros comportamientos inadaptados del hijo; 5) aspectos de comportamiento paterno entendido como falta de recursos para evitar el ingreso a las toxicodependencias; 6) encuentro con estupefacientes y 7) estrategias que se basan en el síntoma de la adicción.

Cirillo y cols., describieron estos recorridos como sigue: Recorrido 1: existen carencias en la familia de origen, un padre prematuramente adultizado marcado por falta de relación su propio padre, su madre sin el reconocimiento de estas carencias, posteriormente la pareja se elige necesitando la compensación de sus necesidades insatisfechas, haciendo a la madre del adicto incapaz de cuidar a su hijo con efectos de privación y carencia afectiva (abandono disimulado); en la adolescencia, el hijo intuye la contradicción del comportamiento de la madre, explota en ira y agresividad interior y busca al padre buscando reconocimiento de la legitimidad de la inadecuación materna y los derechos de individualización, sin embargo fracasa; el adolescente se encentra predispuesto a aceptar un encuentro con la sustancia con la posibilidad de modificar artificialmente el propio sufrimiento conteniendo el riesgo de depresión, esta experiencia conduce al hábito y a la dependencia. Recorrido 2: Se describe un matrimonio con dependencia mutua (forzoso), la unión es frustrante, intolerable (estancada) y a su vez es indisoluble, la relación madre-hijo es penetrada por sentimientos contradictorios y ambivalentes al padre y mezcla temores de abandono e impulsos agresivos, lo que determina una superinversión instrumental por la parte de la madre en función antipaterna. El adolescente se percata de la indiferencia materna y la percibe hostil, quien a su vez no tolera la autonomización adolescente, el padre a su vez prefiere proteger la relación con su esposa y percibe a su hijo como rival; el adolescente encuentra la expectativa de la sustancia con confusión por ansiedad y cubre los problemas de identidad, y es desplazado por el padre quien desvía su ira y frustración para proteger a su esposa, mientras que esta instrumenta el síntoma de la adicción para desvalorizar al padre. Recorrido 3: la estructura familiar es disgregada, existe un abandono objetivo desde los padres de los padres del adicto, el matrimonio es inexistente, sin intercambio emocional y con expectativas bajas, compensatorias o instrumentales, el hijo crece en estado de abandono, es confiado a otras personas para su cuidado, en la adolescencia busca la pertenencia en tribus del barrio, transgresivas y violentas, lo que lo condiciona a marginalidad social lo que facilita el contacto con las drogas de poder sedante para contener la ira contra el abandono afectivo y disminuir comportamientos violentos en la familia.

A su vez, Cirillo y cols., colaborarán con una clasificación de las sustancias de acuerdo a los recorridos propuestos: Tipo A, toxicomanías traumáticas, ligadas a un trauma psíquico; Tipo B, toxicomanías de área neurótica, que sirven para evitar la manifestación de un conflicto doloroso y peligroso. La sintomatología prevalente está representada por la depresión como problema primordial. Estas dos se han relacionado con compatibilidad a pacientes no psicóticos y al recorrido 1. Tipo C, toxicomanías de transición, representa estados neuróticos y psicóticos, la psicosis aparece en forma subclínica cubierta por el efecto terapéutico de la sustancia, agrupa situaciones límite. Tipo D, toxicomanías sociopáticas, caracterizada por historia de abandonos prematuros, institucionalizaciones, comportamientos antisociales.

JUSTIFICACION

El concepto de alexitimia se derivó de observaciones clínicas de pacientes con enfermedades psicosomáticas (Colodron. 1966, Damasio . A. 1966). La alexitimia se ha asociado a varios trastornos, incluyendo conductas compulsivas, trastorno de ansiedad y enfermedad somática con o sin síntomas. Se ha hipotetizado que estos trastornos resultan de un déficit central de respuesta adecuada a estados emocionales y a ciertas sensaciones viscerales, que dan lugar a una activación fisiológica y a un estado subjetivo negativo. (Damasio. A. 1996)

Algunas investigaciones señalan que los individuos alexitímicos mantienen pobres relaciones interpersonales y algunos hallazgos recientes señalan que también presentan dificultad para expresar emociones, una de las facetas de la alexitimia, se asocia negativamente con la autoestima subjetiva lo que puede asociarse con el riesgo del consumo de sustancias psicotrópicas (Moral de la Rubia, 2009, Parker J.D, Taylor GJ. 1989) . Se habla de una prevalencia en la población general entre 8 y 10% . Sin embargo entre pacientes adictos a sustancias psicoactivas se ha reportado que 50% eran alexitímicos.(Taylor G.J. James CB, Parker J.D. Y bagby R.M 1990)

En la literatura son escasos los estudios que asocian la alexitimia con los trastornos adictivos orientados a evaluar esta manifestacon en adolescentes con consumo de sustancias y sus familiares de primer grado lo cual es el objetivo principal de este estudio y justifica su realización.

Los resultados de este estudio son de tipo exploratorio que identifica la asociación de alexitimia en adolescentes con adicciones y sus familiares de primer grado, lo que puede servir como antecedente para estudios posteriores, y podrán servir de antecedentes con el fin de identificar a la alexitimia como factor predictivo en programas de prevención específicamente en detección de factores de riesgo para el consumo de drogas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos por uso de sustancias son un problema creciente en nuestra sociedad. Se han hecho múltiples estudios sobre consumo de sustancias psicotrópicas en diferentes poblaciones, en México por ejemplo la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) reportó que para 2008, el consumo de drogas se había duplicado en 6 años tanto para hombres como para mujeres, y también se reportó que el grupo de edad de mayor consumo es de 18 a 34 años, seguidos por adolescentes. En México se ha reportado, el inicio del consumo de tabaco y de alcohol es antes de los 18 años e incrementa la probabilidad de usar otras drogas.

Uno de los estímulos más importantes para el inicio del consumo de sustancias es el que proporciona el medio familiar por lo cual al evaluar la alexitimia en los adolescentes consumidores ésta pudiera estar presente también en los familiares. Cuando en la familia hay integrantes con manifestaciones de alexitimia esto podría ser un antecedente para que los adolescentes la presenten.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿ La alexitimia en adolescentes con consumo de sustancias se asocia con la alexitimia de sus familiares de primer grado?

OBJETIVO GENERAL.

Asociar la alexitimia en adolescentes consumidores de sustancias y sus familiares de primer grado que acuden al Centro de integración juvenil Tlalpan.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir la frecuencia de alexitimia en los adolescentes consumidores de sustancias y sus familiares de primer grado

Describir las características sociodemográficas de la muestra.

Describir características de consumo de sustancias de los pacientes

Describir la comorbilidad psiquiátrica de los adolescentes consumidores de sustancias

Describir el patrón o perfil de consumo de los adolescentes que presentan alexitimia

Identificar la asociación de alexitimia en los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas.

DEFINICION DE VARIABLES

Alexitimia. Alteración en la cognición y el afecto caracterizada por una dificultad para discernir las propias emociones y percibir las del otro individuo así como la presencia de un pensamiento concreto. Definición operacional. Para su medición se utilizará la Escala de Alexitimia de Toronto.

Años de consumo: Numero de años de consumo de la sustancia desde la primera vez

Grupos de años de consumo (AC): De acuerdo a los años de consumo se agrupo la muestra en los siguientes grupos.

De 0 a 1 años = 1

2-3 años= 2

4 o mas = 3

Numero de sustancias: numero total de sustancias que el paciente ha consumido

Edad: edad cronologica expresada en numero de años

Genero: construccion diferencial de los seres humanos (masculino y femenino)

Estado civil: situacion personal en que se encuentra o no una persona fisica en relacion a otra, con quien se crean lazos juridicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institucion familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. (sólo estan considerados : soltero, casado y union libre)

Religion: Se refiere a la forma de vida o creencia basada en una relación esencial de una persona con el universo, o con uno o varios dioses. (católico, cristiano, etc)

Escolaridad: se refiere al último grado de estudios cursado

Estado actual: Estado actual de la escolaridad

Ocupacion: Se refiere al desempeño de una determinada accion, profesion u oficio. Para efectos de este estudio se refiere a las diferentes circunstancias del paciente de acuerdo a actividades que actualmente desempeña. Teniendose las siguientes opciones : estudiante de tiempo completo , estudiante con actividad laboral, actividad laboral estable (mas de 6 meses), actividad laboral reciente o inestable (menos de 6 meses), desempleado (busco empleo en el ultimo mes), desocupado no busco empleo en el ultimo mes), Hogar y Otros.

Estrato social: Se refiere al nivel de clasificacion de la poblacion con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, para el presente estudio sera como sigue: Alto, Medio Alto, Medio Bajo, Bajo, Pobreza extrema o marginacion. Dicha informacion se encuentra en el estudio socioeconomico del expediente el cual es realizado por la trabajadora social de la institucion.

Consumo de sustancias:

Droga: Sustancia capaz de producir cambios fisiológicos y alteraciones del estado mental, emocional y del comportamiento, afectando el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC). Para este estudio se consideraran a los siguientes 10 grupos:

1. Tabaco. Planta (*nicotiana tabacum*) cuyas hojas contienen nicotina que es uno de los más de cuatro mil químicos encontrados en el humo de los productos de tabaco y actúa como un estimulante del SNC fuertemente adictivo.
2. Alcohol. Compuesto orgánico que contiene el grupo hidroxilo -OH con un efecto depresor del SNC, el cual depende del tipo de alcohol que se utilice, de su concentración en el organismo y de la constitución de éste. Incluye bebidas alcohólicas fermentadas o destiladas entre las que se encuentran: aguardiente, brandy, cerveza, ron, tequila, vino, vodka, coolers, etc.
3. Cannabis. Hojas y brotes —incluso ramas y semillas— de la planta de cáñamo (*cannabis sativa*, según su variedad más frecuente), la cual contiene el principio activo delta-tetrahidrocannabinol (THC). Comprende tanto a la marihuana como al hachís.
4. Cocaína. Alcaloide extraído de las hojas de *Erythroxylon coca*, que es el más poderoso estimulante del SNC proveniente de sustancias naturales. Contiene al clorhidrato de cocaína que se presenta como un polvo compuesto por pequeños cristales blancos; puede aplicarse en mucosas nasales o disolverse en agua para ser inyectado. También a la cocaína de base libre conocida como crack que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en clorhidrato de cocaína y que se presenta en forma de cristales de roca cuyos vapores, producto de la combustión, son inhalados. El término crack proviene del crujido que se produce cuando se calientan los cristales. Para efectos del seguimiento epidemiológico cuando se menciona a la cocaína se refiere al grupo de manera general y no al polvo blanco de cocaína que es una sustancia específica de dicho grupo.
5. Inhalables. Productos orgánicos derivados del carbón o del petróleo, para uso industrial, doméstico o médico. Se presentan como líquidos volátiles, gases o mixturas de distinta consistencia. Comprenden sustancias con un fuerte efecto depresor del SNC, como solventes/removedores (activo, thinner, aguarrás); pegamentos (Resistol 5000, PVC); esmaltes/pinturas, gasolinas/combustibles; y otras sustancias inhalables (gases anestésicos, aire comprimido, aromatizantes).
6. Estimulantes incluyendo al éxtasis (MDMA). Sustancias que al estimular el SNC aumentan la agudeza mental, la atención y la sensación de energía, cambios que se acompañan de aumentos en la presión arterial y la frecuencia cardíaca y respiratoria, entre otros efectos. En este grupo se agrupan a las

anfetaminas, los derivados anfetamínicos (Ritalin, Preludin), los anorexígenos (Asenlix, Dospán, Esbelcaps, Redotex, Tenuate), las metanfetaminas y otras sustancias estimulantes. Cabe señalar que las metanfetaminas son sustancias elaboradas en laboratorios clandestinos, bajo la forma de cristales transparentes similares al hielo que se pueden inhalar fumándolos y que tienen un alto potencial adictivo. Entre las metanfetaminas se encuentran el cristal que tiene como precursor a la efedrina o pseudo-efedrina y el hielo cuyo precursor es la fenilpropanolamina. El cristal presenta un patrón de consumo más compulsivo que el hielo.

Drogas de diseño. En este grupo se clasifica al éxtasis que es la 3-4 metilenedioximetanfetamina (MDMA), una droga sintética químicamente similar a la metanfetamina y al alucinógeno mezcalina, con efectos euforizantes, empatogénicos y, en ocasiones, alucinógenos. Eventualmente pueden identificarse otras drogas de diseño de efectos similares al éxtasis y que pueden venderse mezclados con el mismo, tales como MDA, MDE, PMA.

7. Drogas alucinógenas y disociativas. Sustancias que causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad y en algunos casos producen oscilaciones emocionales rápidas e intensas. Algunas de estas sustancias se pueden encontrar de forma natural en plantas como las setas y los hongos que contienen psilocibina y el peyote que contiene mezcalina. Otras son productos sintéticos como el LSD (dietilamida de ácido lisérgico), el PCP (fenciclidina) y la ketamina.

8. Depresores. Sustancias que inhiben las funciones del SNC. Comprenden sustancias con utilidad médica entre las que se incluyen benzodiacepinas, Rohypnol (Flunitracepam), sedantes hipnóticos, sustancias cuyo uso ha sido prácticamente descontinuado como los barbitúricos y otras que carecen de aplicación médica como el ácido gammahidroxibutirato o GHB.

9. opiaceos. Narcóticos o estupefacientes derivados del opio que se extrae del fruto de la amapola o adormidera (*papaver somniferum*), tales como el opio, la morfina, la heroína blanca y la heroína negra y sustancias sintéticas como la meperidina (Demerol) y el propoxifeno (Darvón). Cabe mencionar que la heroína es un fuerte analgésico derivado de la morfina que generalmente aparece en forma de polvo cristalino blanco o marrón, muy fino e inodoro y que provoca un fuerte efecto depresor sobre el SNC, con síntomas de euforia, enlentecimiento psicomotor, deterioro del juicio y de la atención, etc.

10. Otras sustancias de abuso. Grupo que incluye cualquier sustancia no clasificada en los grupos anteriores, como los nitritos (poppers), los esteroides anabólicos, las llamadas drogas inteligentes, diversas sustancias con utilidad médica y sustancias no especificadas.

Droga de inicio: Primera sustancia consumida por el paciente, incluye el uso de las drogas: alcohol, tabaco e ilícitas.

Sustancias utilizadas alguna vez en la vida: se codificara cada una de las sustancias consumidas por el paciente al menos una vez. Se pretende obtener la proporción de casos que consumieron una sustancia al menos una vez al recabarse el total de la muestra.

Sustancias utilizadas en los últimos 12 meses: se codificara cada una de las sustancias consumidas por el paciente durante el año previo a la solicitud del tratamiento en cij. Se pretende obtener la proporción de casos al recabarse el total de la muestra.

Droga de preferencia: Sustancia que el consumidor ha elegido o preferido consumir sobre otras sustancias en el transcurso del último año.

Droga de mayor impacto en los últimos 12 meses: droga identificada por el consumidor como la que más problemas le ha ocasionado en los ámbitos de salud, personal, familiar, legales, laborales o sociales en el transcurso del último año.

Uso combinado en los últimos 12 meses: Consumo de dos o más sustancias (excluyendo tabaco) en el transcurso de un mismo día, en el año previo a la solicitud de tratamiento.

Frecuencia de episodios de abuso de tabaco: Se refiere al consumo de seis o más cigarrillos en un solo día y se registrará con los siguientes ítems: ni una vez, menos de una vez a la semana, una o dos veces a la semana, cada tercer día, diario.

Frecuencia de episodios de abuso de alcohol: Se refiere al consumo en hombres de más de cuatro copas en un día y en el caso de mujeres de tres copas en un día, y se registrará con los siguientes ítems: ni una vez, menos de una vez a la semana, una o dos veces a la semana, cada tercer día, diario.

Frecuencia de episodios de abuso de drogas ilícitas. Se refiere al consumo a cualquier dosis de drogas ilícitas o con utilidad médica usadas fuera de prescripción, y se registrará con los siguientes ítems: ni una vez, menos de una vez a la semana, una o dos veces a la semana, cada tercer día, diario.

Problemas o alteraciones detectados o asociados al consumo de sustancias. Se refiere a las consecuencias para la salud física, mental, familiar y social del paciente secundario al consumo de drogas.

En este estudio se utilizarán los siguientes ítems:

De salud, Accidentes, Familiares, Escolares, Laborales, Psicológicos, Legales, Conducta antisocial o delictiva y Otros.

Diagnosticos psiquiatricos comorbidos. Manifestación de dos o más diagnosticos psiquiátricos.

Tipo de uso de drogas ilícitas.: Características del consumo según motivo, frecuencia de uso y problemas asociados. No incluye el uso exclusivo de alcohol y/o tabaco y se clasifica como:

Experimental: Uso esporádico (hasta cinco ocasiones en la vida), motivado por curiosidad, para probar los efectos de las sustancias o por presión de pares. No se reportan problemas de ajuste interpersonal o de desempeño psicosocial significativos atribuibles al consumo.

Social u ocasional: Uso esporádico asociado a circunstancias de convivencia específicas (diez o doce ocasiones de consumo en tocadas o reuniones, en los últimos dos años), con fines recreativos y de socialización. No se reportan trastornos psicológicos o de desempeño psicosocial significativos, el consumo no interfiere con el desarrollo de actividades estructuradas como estudiar o trabajar, aunque pueden existir ya problemas de ajuste familiar o interpersonal atribuibles al consumo.

Funcional: Uso frecuente y regular (diario, cada tercer día) o explosivo (altas dosis en fines de semana o circunstancias especiales), con fines recreativos, de socialización, o bien para mantener un nivel

esperado de desempeño, un determinado estado afectivo o evitar síntomas incipientes de supresión. En la percepción del usuario de drogas, el consumo no afecta significativamente el desarrollo de actividades estructuradas, aunque pueden existir problemas de ajuste familiar o interpersonal y afectivos como la depresión, más o menos persistentes.

Disfuncional: Uso frecuente, regular y/o explosivo, dirigido principalmente a conseguir los efectos de la intoxicación por drogas per se y evitar síntomas de supresión. Una buena parte de las actividades del usuario de drogas se relacionan directa o indirectamente con el uso de drogas (preparar las sustancias, conseguirlas, obtener dinero para su compra, etc.), interfiriendo seriamente en su desempeño psicosocial y generando evidentes problemas físicos, psicológicos y de ajuste interpersonal.

En remisión: Se reporta haber utilizado drogas en más de cinco ocasiones pero no en el último año.

Tratamiento farmacológico: Medio farmacológico el cual tiene la finalidad de curar o aliviar enfermedades o algunos síntomas. Para fines de este estudio solo se mencionará si el paciente está o no tomando tratamiento farmacológico con las opciones SI o NO según corresponda.

Tratamiento psicoterapéutico : La psicoterapia es un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones alterados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

Tipo de tratamiento psicoterapéutico. Con fines de este estudio se tienen las siguientes opciones (las cuales fueron asignadas de acuerdo a valoración del personal del centro de integración) :

Psicoterapia individual, terapia familiar, terapia de grupo.

CLASIFICACION DE LAS VARIABLES.

Variable	Nivel de medicion	operacionalizacion
Sociodemográfica		
Edad	intervalar	Años
Genero	nominal	Masculino, femenino
Estado civil	Nominal	Casado, soltero, union libre
Religion	nominal	Catolico, testigo de jehova
Escolaridad	nominal	Sin estudios (no lee ni escribe) Sin estudios (sabe leer y escribir) Primaria Secundaria Estudios técnicos o comerciales Bachillerato o bachillerato técnico Estudios superiores Estudios de posgrado
Estado actual	nominal	Estudios concluidos Estudios no concluidos En curso
Ocupacion	nominal	Estudiante tiempo completo Estudiante con actividad laboral Actividad laboral estable (mas de 6 meses) Actividad laboral reciente o inestable (menos de 6 meses) Desempleado Desocupado Hogar Otros
Estrato social	nominal	Alto Medio alto Medio bajo Bajo Pobreza extrema o marginación
Relacionadas al consumo		
Años de consumo	intervalar	Años
Grupos en años de consumo	intervalar	Clasificados en 3 grupos: 0 a 1 años 2-3 años 4 o mas años
Numero de sustancias	intervalar	Numero de sustancias que ha consumido el paciente
Droga de inicio	Nominal	Tabaco Alcohol Cannabis Cocaína Inhalables Estimulantes
Droga de inicio	Nominal	Tabaco Alcohol Cannabis Cocaína Inhalables Estimulantes Alucinógenos y disociativos LSD Depresores Opiáceos

Sustancias utilizadas alguna vez en la vida	Nominal	Tabaco Alcohol Cannabis Cocaína Inhalables Estimulantes Alucinógenos y disociativos LSD Depresores Opiáceos
Sustancias utilizadas en los últimos 12 meses.	nominal	Tabaco Alcohol Cannabis Cocaína Inhalables Estimulantes Alucinógenos y disociativos LSD Depresores Opiáceos
Droga de preferencia	Nominal	Tabaco Alcohol Cannabis Cocaína Inhalables Estimulantes Alucinógenos y disociativos LSD Depresores Opiáceos
Droga de mayor impacto en los últimos 12 meses	Nominal	Tabaco Alcohol Cannabis Cocaína Inhalables Estimulantes Alucinógenos y disociativos LSD Depresores Opiáceos
Frecuencias de episodios de abuso de tabaco	Nominal	Ni una vez Menos de una vez a la semana 1 o 2 veces a la semana cada 3er día diario
Frecuencia de episodios de abuso de alcohol	Nominal	Ni una vez Menos de una vez a la semana 1 o 2 veces a la semana cada 3er día diario
Frecuencia de episodios de abuso de drogas ilícitas	Nominal	Ni una vez Menos de una vez a la semana 1 o 2 veces a la semana cada 3er día diario
Problemas relacionados al consumo	Nominal	De salud Accidentes Familiares Escolares Laborales Psicológicos Legales Conducta antisocial o delictiva Otros

Diagnosticos	psiquiatricos	nominal	Ts conducta Tdah Ts depresivo Ts ansiedad Ts alimentación Tod Otros
comorbidos			
Relacionadas al tipo de tratamiento			
Tatamiento farmacologico		nominal	Si, no
Tratamiento psicoterapeutico		nominal	Individual = 1 Familiar= 2 Grupo= 3
Tipo de tratamiento		intervalar	Número de tratamientos correspondiente
psicoterapéutico			
Alexitimia		ordinal	Escala de Alexitimia Puntaje en pacientes adolescentes en familiares de primer grado.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO.

Estudio observacional, trasversal y descriptivo.

POBLACION.

Se seleccionó por conveniencia a los adolescentes tratados en el Centro de Integración Juvenil Tlalpan con el diagnóstico de consumo de sustancias en edades comprendidas de los 17 a los 19 años de ambos sexos. Así como sus familiares de primer grado. En el periodo comprendido entre julio y octubre del 2011. Se recabo una muestra de 100 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN):

- **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Pacientes en edades comprendidas entre los 17 y 19 años.

Pacientes tratados en Centro de Integración Juvenil Tlalpan con un diagnóstico de consumo de sustancias psicotrópicas.

Familiares de primer grado de los pacientes seleccionados (padres biológicos, por lo menos uno de los padres biológicos, un hermano de ambos padres).

Pacientes y sus familiares que acepten por medio de Consentimiento informado participar en el estudio.

Pacientes que no se encuentren en intoxicación por sustancias psicotrópicas.

Pacientes y sus familiares que sepan leer y escribir.

Pacientes que no cuenten con la siguiente comorbilidad psiquiátrica: Discapacidad intelectual ,
Trastornos Psiquiátricos dentro del espectro Esquizofrenico

- **CRITERIOS DE EXCLUSION.**

Pacientes menores de 17 años y mayores de 19 años.

Pacientes y familiares de primer grado que no acepten participar.

Pacientes en estado de intoxicación.

Familiares que no tengan consanguineidad, o que no sean de primer grado (ejemplo, padres adoptivos, abuelos, tios,etc)

Pacientes que tengan Comorbilidad psiquiátrica de Discapacidad Intelectual, Trastorno psiquiátrico dentro del espectro Esquizofrenico.

Pacientes o sus familiares que no sepan leer y escribir.

- **CRITERIOS DE ELIMINACION.**

Pacientes y sus familiares que durante el estudio se retiren del mismo.

INSTRUMENTOS

Hoja de registro de datos.

Escala de Toronto para Alexitimia

Validación y Estandarización de la versión Española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto.

La escala Modificada de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale: TAS 20) contiene 20 reactivos, trece provienen de la escala original (TAS 26) y los siete restantes fueron de nueva creación. Cada uno de los reactivos se contesta a través de una escala tipo likert de 5 puntos. Al aplicar a su instrumento el análisis factorial Taylor y cols 1992, extrajeron 3 factores: 1) dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción, 2) dificultad para describir los sentimientos a los demás y 3) un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.

La versión en español de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto, aplicada a una población mexicana, satisface los criterios de validez y confiabilidad. El hecho de que no se reprodujeran en la validación los tres factores propuestos por Taylor y colaboradores, se debió a que según se consideró, a que para los sujetos el identificar y el describir las emociones son procesos cognoscitivos íntimamente relacionados a nivel de lenguaje interno, y la separación en dos factores diferentes fue referida como artificiosa.

En este estudio se utilizó la adaptación al español de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto también validada en México (Perez-Rincon y cols 1997). La cual consta de 20 reactivos, y cada uno de ellos se contesta a través de una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que muestra el grado de conformidad y/o disconformidad con cada enunciado. La puntuación obtenida puede oscilar entre 20 y 100 puntos y sus autores plantean un punto de corte de 61 para diagnosticar a un sujeto como alexitímico (los reactivos 4,5,10, 18 y 19 se invierten antes de realizar la sumatoria total para obtener la puntuación). La confiabilidad fue calculada con el coeficiente α de Cronbach para la consistencia interna de la escala. El valor obtenido en esta aplicación alcanzó un $\alpha = 0.875$. Este valor resultó más alto que el descrito por los autores de la versión española.

La versión en español de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto, aplicada a una población mexicana, satisface los criterios de validez y confiabilidad.

M.I.N.I Kid (Entrevista neuropsiquiátrica internacional para niños y adolescentes)

Este instrumento está dividido en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo, se presentan una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. El “M.I.N.I. KID”, permite pesquisar alteraciones psiquiátricas del Eje I por DSM-IV y CIE-10, en niños y adolescentes tales como: episodio depresivo mayor, riesgo suicidio, trastorno distímico, episodio maníaco, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, estado por estrés postraumático, abuso y/o dependencia de alcohol, abuso y/o dependencia de drogas, trastorno de tics, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno de la conducta, trastorno oposicionista desafiante (TOD), trastornos psicóticos, anorexia y bulimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo y trastorno penetrante del desarrollo. El MINI fue validado en español con una sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de episodio depresivo mayor de 94.4 y 62.2 respectivamente y para el trastorno de

ansiedad generalizada de 92,3 y 64,6 respectivamente. El valor predictivo positivo y negativo para estos trastornos fue el siguiente: episodio depresivo mayor 41 y 97,4, trastorno de ansiedad generalizada 34,2 y 97.6 respectivamente.

PROCEDIMIENTO

Con base a la información obtenida en los registros de pacientes de CIJ se procedió a localizar a los participantes por edad sin importar sexo u otra característica. Se llevó a cabo la invitación de forma individual a los pacientes candidatos y sus familiares a participar en el estudio realizándose la firma del consentimiento informado correspondiente por todos los participantes. Se dió inicio a la aplicación de los diferentes instrumentos clinimétricos así como el llenado de la hoja de registro de datos sociodemográficos. Se aplicaron los instrumentos al adolescente y sus familiares lo cual fue posible debido a que en CIJ uno de los requisitos para las valoraciones es acudir acompañado por un familiar. Una vez terminada la aplicación de los instrumentos clinimétricos los resultados se registraron en una base de datos para su análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las variables sociodemográficas, perfil de consumo y comorbilidad psiquiátrica se reportó a través de estadística descriptiva (frecuencias, y porcentajes) La relación entre los adolescentes con alexitimia y sus familiares de primer grado con alexitimia se analizó con χ^2 . Se analizaron las relaciones entre el perfil de consumo de los adolescentes con alexitimia y sin alexitimia, y la relación de los adolescentes con y sin alexitimia con la comorbilidad a través de la χ^2 . Se utilizó el paquete estadístico S.P.S.S. v.18

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio no es invasivo, por lo que se apega a los criterios de buenas prácticas clínicas y a los estatutos de investigación mencionados en el Reglamento de la Ley General de Salud. TÍTULO SEGUNDO. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPÍTULO I. De los estudios de Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los

que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

La muestra estudiada fue de $n=100$ pacientes, todos residentes del Distrito Federal que acudieron para tratamiento de adicciones en el C.I.J. Tlalpan. La edad promedio fue de 17.75 años con una DE.78, siendo mayor el porcentaje de hombres ($n=80$), el mayor porcentaje en cuanto a la edad 17 en 46% adolescentes ($n=46$), 98 solteros ($n=98$) y 87% de nivel socioeconómico medio bajo ($n=87$). 98% de los adolescentes reportó una religión católica ($n=98$). En cuanto escolaridad 50% se refirieron en bachillerato ($n=50$). La mayoría con adolescentes dijo estar en estudiando 58% y dedicándose de tiempo completo a esta actividad un 53%.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Adolescentes consumidores de sustancias N=100			
		N	%
Género	Masculino	80	80
	Femenino	20	20
Edad	17 años	46	46
	18 años	33	33
	19 años	21	21
Estado Civil	Solteros	98	98
	Casados	0	0
	Unión libre	2	2
Nivel Socioeconómico	Medio alto	3	3
	Medio bajo	87	87
	Bajo	10	10
Religion	Católicos	98	98
	Testigos de Jehová	2	2
Escolaridad	Primaria	2	2
	Secundaria	40	40
	Técnico/comercial	8	8
	Bachillerato	50	50
Estado actual de escolaridad	Estudios Concluidos	24	24
	Estudios no concluidos	18	18
	En curso	58	58
Ocupación	Estudiante tiempo completo	53	53
	Estudiante con actividad laboral	11	11
	Actividad laboral reciente o inestable	10	10
	Desempleado	4	4
	Desocupado	20	20
	Hogar	2	2

Descripción del perfil del consumo de los adolescentes

Se analizó el consumo de sustancias, encontrándose que la sustancia con la que iniciaron el consumo fue el alcohol 56% (n=56), siendo también esta la sustancia de mayor preferencia. (tabla 2). La sustancia de mayor uso en los últimos 12 meses fue la marihuana 33%.

Tabla 2 Perfil de consumo de adolescentes.

	N	%
Sustancia de inicio		
Tabaco	39	39
Alcohol	56	56
Marihuana	2	2
Inhalables	3	3
	100	100
Tiempo de consumo		
	29	29

0-1año	29	29
2-3 años	38	38
4 o mas	33	33
Total	100	100
Número de sustancias		
1	10	10
2	16	16
3	38	38
4	19	19
5	13	13
6	2	2
	2	2

La combinación de uso de sustancias se presentó en 6% (n=6) de los adolescentes, siendo lo más frecuente el uso de dos sustancias. 32% de los adolescentes reportaron al menos dos problemas derivados del consumo de sustancias, siendo los problemas familiares los de mayor porcentaje con un 14% (n=14) seguido de problemas escolares con un 11% (n=11) y por último problemas de salud y laborales con 2% (n=2) cada uno. (Tabla 3) Esto nuevamente puede explicarse ya que el grupo estudiado comprende adolescentes que estudian y que viven con sus padres.

En cuanto al tipo de consumo de sustancias 45% de los casos presentó un patrón funcional (46%)(Tabla 3). Probablemente por la etapa de adolescencia que cursan, hasta el día de la evaluación la mayoría no tenía tratamiento farmacológico (n=54).

Tabla 3. Descripción de perfil de consumo de sustancias.

Sustancia de preferencia en los últimos 12 meses	N	%
Tabaco	4	4
Alcohol	50	50
Marihuana	32	32
Crack	5	5
Inhalables	8	8
Anfetaminas.	1	1
Total	100	100
Sustancias de mayor impacto últimos 12 meses		
Tabaco	1	1
Alcohol	23	23
Marihuana	33	33

Crack	13	13
Inhalables	21	21
Anfetaminas	2	2
Alucinógenos y disociativos LSD	7	7
Total	100	100
Uso combinado		
0	33	33
2	37	37
3	28	28
4	2	2
Total	100	100
Número de problemas		
1	29	29
2	32	32
3	22	22
4	9	9
5	6	6
6	2	2
Total	100	100
Problemas asociados al consumo de sustancias		
De salud	2	2
Familiares	14	14
Escolares	11	11
Laborales	2	2
Tipo de uso de sustancias		
Experimental	12	12
Ocasional	18	18
Funcional	46	46
Disfuncional	24	24
Total	100	100
Tratamiento farmacológico		
No	54	54
Si	46	46
Total	100	100

Alexitimia en adolescentes consumidores de sustancias

En la evaluación de alexitimia de los adolescentes se encontraron puntajes mínimos de 27 y máximos de 98. Se identificó a los adolescentes con alexitima de acuerdo al punto de corte de 61 y se agrupo la muestra en los adolescentes con alexitimia 67% (n= 67) y sin alexitimia 33% (n=33) . También se identificaron a los familiares de primer grado con alexitimia 69% (n=69) y sin alexitimia 31% (n=31).

Tanto en el grupo de adolescentes como en el de los familiares de primer grado se encontraron porcentajes similares 67% y 69% respectivamente. Y la asociación muestra un nivel de significancia de $p=0.003$. (Tabla 4)

TABLA 4. Alexitimia en adolescentes y familiares de primer grado.

Familiares de primer grado					
		Sin alexitimia N=	Con Alexitimia N=	valor	gl p
Adolescentes	Sin Alexitimia	17	17	8.69	1 .003
	Con Alexitimia	14	52		
	Total	31	69		

$p \geq .05$

Se analizó la relación entre los adolescentes con Alexitimia, años de consumo y uso combinado de sustancias, la frecuencia de abuso de tabaco, alcohol y drogas ilícitas (tabla 5) Se encontró la mayor frecuencia de alexitimia en los adolescentes con abuso de alcohol, con el patrón de consumo de 1 a 2 veces por semana. (tabla 5). Esto probablemente relacionado con que en su mayoría son estudiantes generalmente acostumbran consumir sustancias el fin de semana. Respecto a los años de consumo se observa mayor porcentaje de adolescentes con alexitimia con un consumo de 4 años o más 24%, en segundo lugar 22% con 2 a 3 años de consumo y por último 20% con 0 a 1 año . Se observó que los adolescentes con alexitimia consumieron dos sustancias con mayor frecuencia 26%.

En cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol se presentó en la mayoría de los casos un consumo de 1 a 2 veces por semana, tanto en el grupo sin alexitimia con 11% y con alexitimia con 36%.

En el caso de pacientes sin alexitimia fue seguido con 10% por el consumo el rubro de “ni una vez” y “menos de una vez a la semana” con 10% ambos. En los pacientes con alexitimia fue seguido por “ni una vez en 17% y msno de 1 vez por semana en 16%. El consumo de alcohol fue el que presento mayor asociación con alexitimia $p= 0.056$. (Tabla 6)

Tabla 5. Alexitimia y patrón de consumo

Grupos		Porcentaje sin alexitimia		Porcentaje con alexitimia	
		n	%	N	%
Grupo años consumo	0-1 año	9	9	20	20
	2-3 años	16	16	22	22
	4 o mas años	9	9	24	24
Uso combinado	0 sustancias	13	13	20	20
	2 sustancias	11	11	26	26
	3 sustancias	9	9	19	19
	4 sustancias	1	1	1	1
Frecuencia de episodios de abuso de tabaco	Ni una vez	16	16	30	30
	menos de 1 vez por semana	7	7	13	13
	1 o 2 veces por semana	6	6	14	14
	Cada tercer día	1	1	3	3
Frecuencia de episodios de abuso de alcohol	Diario	4	4	6	6
	Ni una vez	10	10	17	17
	Menos de 1 vez por semana	10	10	16	16
	1 o 2 veces por semana	11	11	28	28
Frecuencia de episodios de abuso de sustancias ilícitas	Cada tercer día	3	3	5	5
	Diario	0	0	0	0
	Ni una vez	15	15	20	20
	Menos de 1 vez por semana	5	5	16	16
	1 o 2 veces por semana	6	6	19	19
	Cada tercer día	5	5	10	10
	Diario	3	3	1	1

Tabla 6. Adolescentes con y sin Alexitimia y Frecuencia de Consumo

Frecuencia de Consumo

n=100

	1		2		3		4		5		valor	Gl	p
	Grupo1	Grupo2	Grupo1	Grupo2	Grupo1	Grupo2	Grupo1	Grupo2	Grupo1	Grupo2			
Tabaco	30	16	13	7	14	6	3	1	6	4	.469	4	.012
Alcohol	17	10	16	10	28	11	1	1	5	3	.969	3	.056
Sustancias	20	15	16	5	19	6	10	5	1	3	6.308	4	0.15

Grupo 1= Adolescentes con Alexitimia, Grupo 2=Adolescentes sin alexitimia

p=≥.05

1. Ni una vez , 2. Menos de 1 vez por semana , 3. 1 ó 2 veces por semana, 4. Cada tercer día, 5. Diario.

Comorbilidad

Se identificaron los trastornos psiquiátricos comorbidos de los adolescentes, y se encontró que los trastornos afectivos ocuparon el primer lugar en 48%, seguidos de los trastornos de conducta en 28% y TDAH en 25% . Se analizó la relación de los adolescentes con y sin alexitimia de acuerdo a la comorbilidad obteniéndose una asociación significativa de alexitimia con los trastornos de alimentacion (p=0.004), seguido de los trastornos afectivos (p= 0.025) y de otros trastornos (p=0.047), el resto no tuvo significancia. (Tabla 7)

Tabla 7 Comorbilidad

COMORBILIDAD	Total de comorbilidad		Adolescentes con alexitimia con comorbilidad		Adolescentes sin alexitimia con comorbilidad		Adolescentes con alexitimia sin comorbilidad		Adolescentes sin alexitimia sin comorbilidad		Xi2	gl	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
TRASTORNOS DE CONDUCTA	28	28	16	16	12	12	50	50	22	22	1.360	1	.244
TDAH	25	25	19	19	6	6	47	47	28	28	1.485	1	.223
TRASTORNOS DE ALIMENTACION	4	4%	0	0	4	4	66	66	30	30	8.088	1	.004

ANSIEDAD	34	34 %	23	23	11	11	43	43	23	23	.062	1	.803
TOD	7	7%	5	5	2	2	61	61	32	32	.099	1	.753
OTROS	2	2%	0	0	2	2	66	66	32	32	3.962	1	0.047
TRASTORNOS AFECTIVOS	48	48 %	37	37	11	11	29	29	23	23	5.053	1	0.025

p=≥.05

- Adolescentes con más de un trastorno psiquiátrico

Discusión

La alexitimia es un constructo que ha sido estudiado en numerosos países, contextos y desde diversos puntos de vista. Sin embargo poco se sabe sobre las características de la misma en familiares de primer grado, se ha reportado que el 8-10% de la población general pueden presentar alexitimia y hasta 49% en grupos de personas con diagnóstico de consumo de sustancias. (Parker 1990 Pérez y cols 2002 , Verheur 2001) . En comparación con lo anterior en este estudio se encontró una cifra superior (66%) de pacientes con alexitimia y 67% de sus familiares de primer grado. Esto tal vez se explica por las características de la muestra integrada por adolescentes que consumen sustancias y que presentan alteraciones en sus actividades, por lo que asistieron al Centro de Integración juvenil a solicitar ayuda.

La etiología de la alexitimia desde el punto de vista neurobiológico es explicada como un déficit en la conexión interhemisférica o alteraciones de los circuitos neuronales de feedback entre el neocortex

frontal y el sistema límbico (Houtveen, Bermod, y Elton, 1997). Estos hallazgos con base biológica sugieren pensar en la heredabilidad de las manifestaciones de la alexitimia lo que se observa en los resultados de este estudio.

Desde el punto de vista de crianza se conoce que puede ser aprendido un vocabulario emocional. Esto incluye la relación existente entre los estados físicos, los pensamientos relacionados y las conductas que desencadenan. Por lo que durante la infancia al encontrarse en un ambiente con alexitimia propicia una falta de aprendizaje en estos rubros que podría desencadenar en pacientes con alexitimia.

Múltiples han sido los autores que describen alteraciones en la dinámica familiar que repercuten directamente en el inicio del consumo de sustancias tal es el caso de Sanz y cols. que relacionaron las dificultades de las madres en las relaciones amorosas, de hostilidad, de control y de autonomía con altas probabilidades de consumo de sustancias de los hijos. Suchman y cols. reportaron que un estilo parental controlador con poca expresión de problemas influyen directamente en los adolescentes y su consumo y los estudios de Iraugi y cols. que reportaron las asociaciones positivas entre la comunicación, la satisfacción y asociaciones con miembros de la familia son vistas en familias de adolescentes sin consumo de sustancias. Esto nos lleva a pensar que al existir alexitimia en uno o más miembros de la familia propicia ambientes familiares como los antes mencionados faltos de comunicación con pobre externalización de los problemas y esto desemboca directamente en la génesis de un adolescente con alexitimia y/o el consumo de sustancias.

El consumo de sustancias en nuestro medio ha sido descrito en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008(ENA 2008) mencionando que la edad de inicio de consumo es de 18 a 20 años. Un grupo parecido al que fue el objeto de este estudio de 17 a 19 años.

La ENA 2008 reportó un consumo de tabaco de 28.4%; sustancias ilícitas 12.6% y 4.9% entre hombres y mujeres respectivamente y 6.9% y 2.3% de consumo de alcohol.

Al comparar a los resultados de este estudio encontramos niveles mayores en el CIJ con un consumo de alcohol en 50% de los estudiados y 46% en el rubro de sustancias ilícitas . Esto era esperado ya que

debemos recordar que esta muestra fue tomada de un centro de atención especializado en este tipo de adicciones mientras que la ENA 2008 fue en una muestra representativa de la población general.

En el apartado de alcohol, este estudio encontró un porcentaje de 4% de consumo. Esto es incluso menor al reportado por la ENA 2008 pero podría explicarse porque la principal preocupación de los padres que llevan a sus hijos al CIJ es el de consumo de sustancias ilícitas y no el de alcohol.

Para fines estadísticos el consumo de alcohol fue la única sustancia que presentó una relevancia significativa relacionada con la alexitimia, hecho que de manera previa había reportado Parker. No se encontró una relación significativa con las sustancias ilícitas o con el tabaco.

En el rubro de comorbilidades, este estudio tiene cifras similares con estudios previos en los que se habla de una relación directa entre alexitimia y trastornos afectivos y trastornos de la alimentación. Siendo estas las únicas patologías que resultaron con una significancia estadística. De esta relación se ha encontrado en estudios previos que las hijas con desórdenes alimenticios eran más alexitímicas que las madres de hijas del grupo sin esta patología Dahlman(1996). Ante esto se habló de que la alexitimia es un problema de la familia, más que un problema individual (Minuchin y cols, (1978). Esto puede ser traslapado al consumo de sustancias en el que existe una relación significativa entre padres e hijos con alexitimia, esto a pesar de que en este trabajo no se incluyó un grupo sin consumo de sustancias. En cuanto los trastornos afectivos se habla de una relación entre alexitimia, baja autoestima y el trastorno como tal. (Moral de la Rubia 2009).

Dentro de las limitaciones encontradas en este estudio se encuentran que fue realizado con pacientes de una institución dedicada únicamente al tratamiento de las adicciones en una entidad específica del Distrito Federal por lo cual no es representativo de la población general. Aunque se tomó el dato de cuantos tomaban tratamiento farmacológico y psicoterapéutico no se hizo seguimiento por ejemplo para medir cambios en alexitimia. Así mismo el único dato obtenido respecto a los familiares fue la presencia de alexitimia, dejando fuera otras variables.

En este estudio no se realizó una comparación con un grupo control de adolescentes sin patología de consumo de sustancias. Así mismo el único dato obtenido respecto a los familiares fue la presencia de alexitimia, dejando fuera otras variables.

Este estudio utilizó el instrumento Mini Kid debido a que el promedio de edad fue de 17 años. Al encontrar altos niveles de alexitimia en gran cantidad de pacientes evaluados pone de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones con los adolescentes y sus familiares con el fin de que adquieran habilidades emocionales ya que esto hará posible el que se adquiera un autoconocimiento y una autorregulación de estados emocionales para poder adoptar una posición de autoeficacia y prevenir el consumo

El considerar la presencia de alexitimia cobra importancia en el tratamiento y pronóstico en adolescentes con consumo de sustancias, sin embargo los estudios no alcanzan a explicar si la alexitimia es un rasgo de personalidad de las personas que consumen sustancias y si también está presente en sus familiares.

Conclusiones

Se encontró una asociación de alexitimia en adolescentes que consumen drogas y en sus familiares de primer grado.

El consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes con consumidores de sustancias fueron los más frecuentes, y el consumo de alcohol presentó una mayor asociación con alexitimia.

Los trastornos psiquiátricos comorbidos más frecuentes fueron los trastornos afectivos y de alimentación, los que tuvieron una asociación significativa con la manifestación de alexitimia en los adolescentes consumidores de sustancias.

ANEXOS

ANEXO I

MEXICO D.F. A _____ DE _____ DE 2011

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

Con fundamento en los artículos 80, 81 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el que suscribe, _____, autoriza al Dr. Felipe Omar Olmedo Figueroa, residente del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, para que realice la aplicación del instrumento clinimétrico de investigación: **Escala de Toronto para Alexitimia**, Mini Kid, así como la utilización de información obtenida del expediente clínico y de la **Hoja de Registro de Datos**, una vez que se me ha proporcionado información suficiente para dicho procedimiento y las posibles complicaciones, secuelas o riesgos que puedan resultar de su aplicación.

(Nombre completo y firma de quien autoriza)

Nombre y firma del primer testigo

Nombre y firma del segundo testigo

ANEXO II

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

Nombre: _____
No. Expediente: _____ Edad: _____ Género: **M** / **F**
Estado civil: soltero () casado () Unión libre (), Separado (), Divorciado (), Viudo ()
Fecha y lugar de Nacimiento: _____ Religión: _____

Escolaridad:

Sin estudios (no sabe leer ni escribir)
Sin estudios (sabe leer y escribir)
Primaria
Secundaria

Estudios técnicos o comerciales
Bachillerato o bachillerato técnico
Estudios superiores
Estudios de posgrado

Estudios concluidos () Estudios no concluidos () En curso ()

Ocupación (empleado/desempleado):

Estudiante de tiempo completo
Estudiante con actividad laboral
Actividad laboral estable (más de 6 meses)
Actividad laboral reciente o inestable (menos de 6 meses)

Desempleado (buscó empleo en el último mes)
Desocupado (no buscó empleo en el último mes)
Hogar
Otros

Estrato social:

Alto () Medio Alto () Medio bajo () Bajo () Pobreza extrema o marginación ()

Consumo de Sustancias:

Sustancias utilizadas alguna vez en la vida
Anotar en orden cronológico según inicio

Sustancias utilizadas en los últimos 12 meses

Sustancia	Edad de inicio	Frec	Forma de adm.	Abst	Último consumo Ocasión / Dosis	

Droga de preferencia en los últimos 12 meses: _____

Droga de mayor impacto en los últimos 12 meses: _____

Uso combinado de drogas en los últimos 12 meses: _____

Tabaco Cigarillos Otras presentaciones (pipa, puro, masticado) Bebidas alcohólicas Cannabis Marihuana Hachis Otras presentaciones	Cocaína En polvo blanco Crack (piedra, roca) Otras presentaciones Inhalables Solventes o removedores Pegamentos Esmaltes o pinturas Gasolinas o combustibles Otras inhalables	Estimulantes Anfetaminas Metanfetaminas (cristal) MDMA (éxtasis) Metanfetaminas (DOB, DMT, Nexus) Anorexigénicos Otras estimulantes (metilfenidato)	Drogas alucinógenas y disociativas LSD Plantas alucinógenas y derivados PCP Otras sustancias alucinógenas o disociativas (ketamina) Depresores Benzodiacepinas Rohypnol Sedantes hipnóticos Otras depresores	Opiáceos Opio Heroína blanca Heroína negra Opiáceos sintéticos Otras (morfina, codeína) Otras sustancias de abuso Con utilidad médica Nitritos (poppers) No clasificadas No especificadas
Frecuencia	Forma de administración	Abstinencia	Ocasión de último consumo	Dosis de último consumo
1. De una a cinco veces 2. De seis a 20 veces 3. De 21 a 50 veces 4. De 51 a 100 veces 5. Más de 100 veces	1. Fumada o inhalada 2. Aspirada 3. Inyectada 4. Ingerida 5. Tópica 6. Aplicada en otras mucosas	1. Sin interrupción 2. De 1 a 3 meses 3. Más de 3 y hasta 6 meses 4. Más de 6 y hasta 9 meses 5. Más de 9 meses	1. Mismo día o anterior 2. De dos a siete días 3. De ocho a 30 días 4. Más de 30 días	Según lo refiera el paciente

Frecuencia de episodios de Abuso en los últimos 30 días

Tabaco (seis o más cigarrillos en un solo día): Ni una vez (), Menos de una vez a la semana (), Una o dos veces a la semana (), Cada tercer día (), Diario ()
Bebidas alcohólicas (hombres: más de cuatro copas en un día/mujeres: más de tres copas en un día): Ni una vez (), Menos de una vez a la semana (), Una o dos veces a la semana (), Cada tercer día (), Diario ()

Drogas ilícitas o con utilidad médica usadas fuera de prescripción (cualquier dosis):
 Ni una vez (), Menos de una vez a la semana (), Una o dos veces a la semana (), Cada tercer día (),
 Diario ()

Otros datos:

Problemas o alteraciones detectados o asociados al consumo de sustancias:

Problemas de salud	☐	Problemas laborales	☐
Accidentes o lesiones	☐	Problemas psicológicos	☐
Problemas familiares	☐	Problemas legales	☐
Problemas escolares	☐	Conducta antisocial o delictiva	☐
		Otros	☐

Impresión Diagnóstica Psiquiátrica CIE-10:

Eje I	
Eje II	
Eje III	
Eje IV	
Eje V	

Tipo de uso de drogas (solo para usuarios de drogas ilícitas o de uso médico utilizadas fuera de prescripción):
 Experimental (), Social u ocasional (), Funcional (), Disfuncional (), En remisión ()

Tratamiento:

Fármacos:	Fechas	Dosis (mg/día):

Tratamiento Psicoterapéutico:

Individual _____ Familiar _____ Grupo _____

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible.

- 1. totalmente en desacuerdo
- 2. moderadamente en desacuerdo
- 3. Indeciso (no se, ni de acuerdo ni en desacuerdo)
- 4. moderadamente de acuerdo
- 5. totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
A menudo estoy confuso sobre que es lo que siento					
Es difícil para mi encontrar las palabras exactas para describir lo que siento					
Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos comprenden					
Soy capaz de describir fácilmente mis sentimientos					
Prefiero analizar los problemas antes de describirlos					
Cuando estoy alterado no se si estoy triste, asustado o enojado					
A menudo estoy confuso sobre mis sensaciones corporales					
Prefiero dejar que las cosas pasen que entender porque son de esa manera					
Tengo sentimientos que no identifico completamente					
Sentir sus emociones, saber y estar conciente de sus sentimientos, es muy importante					
Me es difícil decir que es lo que siento ante las personas					
La gente me pide que describa mas o explique mas como me siento					
No se lo que sucede dentro de mi					
A menudo no se porque estoy enojado					
Prefiero hablar con la gente sobre sus actividades cotidianas o diarias antes que de sus sentimientos					
Prefiero ver espectáculos suaves o ligeros que dramas psicológicos					
Es difícil para mi revelar mis sentimientos mas intimos incluso a mis amigos mas cercanos					
Puedo sentirme cercano a alguien incluso en momentos de silencio					
Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales					
Buscar significados ocultos o profundos en películas u obras teatrales no te deja disfrutarlos					

BIBLIOGRAFIA

1. Anton RA. What is craving? Models and Implications for treatment. *Alcohol. Research & Health*. 1999a; 23: 165-173.
2. BAGBY, R.M., TAYLOR, G.J., PARKER, J.D.A. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 33-40, 1994
3. Branstetter SA, Furman W, Cottrel L. The influence of representations of attachment, maternal-adolescent relationship quality, and maternal monitoring on adolescent substance use: a two-year longitudinal examination. *Child Dev*. 2009;80(5):1448-1462
4. Brook JS, Brook DW, Zhang C, Cohen P. Pathways From Adolescent Parent-Child Conflict to Substance Use Disorders in the Fourth Decade of Life. *Am J Addict* 2009;18(3):235-242
5. Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Perceived Parenting Styles and Tobacco, Alcohol and Cannabis use Among French Adolescents and Family Structure Differentials. *Alcohol and Alcoholism* 2008;43(1):73-80
6. 68.Cirillo S, Berrini R, Cambiaso G, Mazza R. Un modelo etiopatogénico relacional de la adicción a la heroína. La familia del toxicodependiente. Paidós Terapia Familiar; Barcelona 1999. pp 75-124
7. 28. Cloninger CR. Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; 236:410-416.
8. Colodrón A.: La medicina córtico - visceral. Barcelona: Península, 1966.
9. Cotton NS. The familial incidence of alcoholism. *J Stud Alcohol* 1979; 40: 89-116. Davis TJ, de Fiebre M. Alcohol's actions on the neuronal nicotinic acetylcholine receptors. *Alcohol Research & Health* 2006;29:179-185.
10. Dakof GA, Tejeda M, Liddle HA. Predictors of Engagement in Adolescent Drug Abuse Treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(1):274-281
11. Damasio AR.: El error de Descartes: emoción, razón y el cerebro humano. Barcelona: Editorial Crítica, 1996.

12. Deminière JM, Piazza PV, Guegan G, Abrous N, Maccari S, Le Moal M, Simon H. Increased locomotor response to novelty and propensity to intravenous amphetamine self-administration in adult offspring of stressed mothers. *Brain Research* 1992; 586: 135-139.
13. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. Alcohol Use from Ages 9-16: A cohort- Sequential Latent Growth Model. *Drug Alcohol Depend* 2006; 81(1): 71-81
14. Eggleston E, Green KM, Schacht H, Ensminger ME. Long-Term Patterns of Drug Use Among an Urban African-American Cohort: The Role of Gender and Family. *The New York Academy of Medicine* 2007; 85(2): 250-266
15. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Instituto Nacional de Salud Pública. México
16. Eizaguirre, A.E, de Cabezón, A.O.S., Olariaga, L J., / Juaniz M (2004) Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and individual Differences*, 36, 321-333
Fillmore MT. Drug abuse as a problem of impaired control: current approaches and findings. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2003; 2: 179-197.
17. Floresco SB, , Todd CL, Grace AA. Glutamatergic afferents from the hippocampus to the nucleus accumbens regulate activity of ventral tegmental area dopamine neurons. *J Neurosci* 2001; 21: 4915-4922.
18. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1642-1652.
19. Houtveen, JH., Bermond, B y Elton, M.R. (1997). Alexithymia a disruption in a cortical network. An Eeg power and coherence analysis. *Journal of Psychophysiology*, 11(2), 147-57.
20. Heinz A, Beck A, Grü sser SM, Grace AA, Wrase J. Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. *Addiction Biology* 2008; 14: 108-118.
21. Hotton T, Haans D. Alcohol and drug use in early adolescent. *Health Reports* 2004; 15(3): 9-19
22. Iraurgi J, Sanz M, Martínez-Pampliega A. Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones* 2004; 16(3): 185-195
23. Jaffe JH, Anthony JC. Substance-related disorders. In: Kaplan & Sadock's. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Eighth Edition. Volume one. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2005 (p. 1137-1168).

24. Jose BS, van Oers HA, van de Mheen HD, Garretsen HF, Mackenbach JP. Stressors and alcohol consumption Alcohol Alcohol 2000; 35:307-312.
25. Kalivas PW, Volkow N, Seamans J. Unmanageable motivation in addiction: a pathology in prefrontal-accumbens glutamate transmission. Neuron 2005; 45:647-450.
26. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry. 2005; 162: 1403-1413.
27. Kofoed L, Friedman MJ, Peck R. Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. Psychiatr Q 1993; 64:151-171.
28. Koob G, Kreek MJ. Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. Am J Psychiatry 2007, 164: 1149-1159.
29. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales Texto Revisado. DSM-IV TR. Masson
30. Mayer JD, Salovey P.: What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), Emotional development and emotional intelligence: implications for educators (p. 3-34). New York: Basic Books, 1997.
31. Moral. De la Rubia, José. Alexitimia y rasgos de alcoholism, una relación mediada por la depression. Medicina Universitaria 2009;11(43):99-108
32. Muñoz-Rivas MJ, Graña JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas de adolescentes. Psicothema 2001;13(1):87-94
33. Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Salud pública de México 2007;49(1):3-11
34. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. Rev Latino -am Enfermagem 2008;16(1):142-150
35. Noone M, Dua J, Markham R. Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. Addict Behav 1999; 24:687-693.
36. Piazza PV, Le Moal M. The role of stress in drug self-administration. Trends Pharmacol Sci 1998; 19:67-74.
37. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM.: The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. Compr Psychiatry, 1989; 30: 434-441.

38. Pinal FB y Pérez BA . : Impulsividad: revisión histórica y conceptual. *Actas Esp. Psiquiat r.* 2003; 31 (4): 220-230.
39. PérezRincón, Ortiz S ,Peña J, Ruiz J, DíazMartínez A. Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto.
40. Pérez A, Perez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria* 2007;39(2):61-67
41. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al.: Epidemiological catchment area study, comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiological catchment area (ECA) study. *JAMA*, 1990; 264: 2511- 18
42. Ramírez LA. El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes. Tesis doctoral. Universitat de Valencia. Servei de Publicacions 2007
43. Rees R, Valenzuela A. Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003;41(3):173-185
44. Rospenda KM, Richman JA, Wislar JS, Flaherty JA. Cronicity of sexual harassment and generalized work-place abuse: effects on drinking outcomes. *Addiction* 2000; 95:1805-1820.
45. Sifneos, P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22: 225-62, 1973.
46. Sanz M, Iraurgi I, Martínez-Pampliega AM, Cosgaya L. Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones* 2006;18(1):39-48
47. Schultz W, Dayan P, Montague PR. A neural substrate of prediction and reward. *Science* 1997; 275:1593-1599.
48. Skeer M, McCormick MC, Normand SL, Buka SL, Gilman SE. A Prospective Study of Familial Conflict, Psychological Stress and the Development of Substance Use Disorders in Adolescence. *Drug Alcohol Depend.* 2009;104(1-2):65-72
49. Slesnick N, Bartle-Haring S, Gangamma R. Predictors of Substance use and Family Therapy Outcome Among Physically Sexually Abused Runaway Adolescents. *J Marital Fam Ther* 2006;32(3):261-281
50. Stanton MD, Todd TC, Heard DB, Kirschner S, Kleinman JI, Mowatt DT, Scott SM, Van Deusen JM. Un modelo; Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas. Gedisha; Barcelona 1985; 25-42

51. Ströhle A, Holsboer F. Stress Responsive Neurohormones in Depression and Anxiety. *Psychopharmacopsychiatry* 2003; 36 Suppl 3: S207-S214.
52. Suchman NE, Rounsaville B, DeCoste C, Luthar S. Parental control, parental warmth, and psychosocial adjustment in a sample of substance-abusing mothers and their school-aged and adolescent children. *J Subst Abuse Treat.* 2007;32(1):1-10
- Tardiff K, Mazurk PM, Lowell K, Portera L, Leon AC. A study of drug abuse and other causes of homicide in New York. *Journal of Criminal Justice.* 2002; 30: 317-325.
53. Taylor, G.J., James, C.B., Parker, J.D. y Bagby, R.M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1.228-1.230.
54. Taylor G.J. (2000) Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry* 45 (2), 134-142
55. Taylor, G.J., parker, J. D.A, Bagby, R. M. & Bourke (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 41 (6) 561-568.
56. Torrens MM.: Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 2008; 20 (4): 315-320.
57. Verheul R.: Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur. Psychiatry*, 2001; 16 (5): 274-282.
58. Verdejo A y Pérez - García M.: Neuropsicología en el ámbito de las drogadicciones (I). Evaluación de las funciones ejecutivas. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 2005; 53: 39-43.
59. Verheul R.: Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur. Psychiatry*, 2001; 16 (5): 274-282.