

Universidad Nacional Autónoma de México



**Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"**

"Prevalencia de la Desregulación emocional en pacientes con consumo de sustancias tratados en el servicio de la Clínica de Patología Dual del HPFBA"

TESIS

Para obtener el título de especialista en Psiquiatría:

PRESENTA:

Irving González Ramírez

Asesor Teórico: Dra. Xóchitl Martínez Bustamante

Asesor Metodológico: Dr. Pablo Vera Flores

Ciudad universitaria, Ciudad de México a Agosto del 2019



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.

Agradecimientos

“El éxito es la capacidad de ir de fracaso en fracaso sin perder el entusiasmo”

Un agradecimiento enorme a mis padres que me apoyaron en este proyecto, a mis profesores que extendieron su mano con la intención de mejorar a cada momento.

Índice de contenidos

Índice de contenidos	3
Índice de ilustraciones	4
Índice de gráficas	4
Índice de tablas	4
Introducción	5
Marco Conceptual	7
Patología Dual	7
Aspectos generales del consumo de sustancias	8
Epidemiología Nacional	12
Regulación emocional	16
Método de Investigación	20
Justificación	20
Planteamiento del Problema	20
Pregunta de Investigación	20
Objetivo General	20
Objetivos específicos	21
Hipótesis	21
Muestra y Muestreo	21
Sujetos	21
Criterios de selección	22
Tipo de estudio	22
Instrumento de evaluación y medición	22
Procedimiento	26
Consideración Bioéticas	27
Resultados	28
Discusión	41
Conclusiones	42
Alcances y limitaciones	42
Bibliografía	43

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Tomado de Méndez Díaz M et al. Neurobiología de las adicciones, página 9 (15).....	14
Ilustración 2: Tomado de Gonzalo Hervás, Psicopatología de la regulación emocional, página 352 (22).....	17

Índice de gráficas

Gráfica 1: Edad agrupada en rangos de 5 años.....	28
Gráfica 2: Sustancias consumidas alguna vez en la vida	30
Gráfica 3: Número de sustancias y tipo de intervención en ASSIST	31
Gráfica 4: Tipos de intervención por sustancia.....	32
Gráfica 5: Tipos de intervención y severidad en la desregulación emocional.....	33
Gráfica 6: Intervención en el consumo de alcohol y severidad de la desregulación emocional	34
Gráfica 7: Tipos de intervención en cannabis y severidad en la desregulación emocional.....	35
Gráfica 8: Tipos de intervención en Inhalantes y severidad en la desregulación emocional	36
Gráfica 9: Frecuencia de patologías psiquiátricas.....	39
Gráfica 10: Correlación de Trastornos Psiquiátricos y Severidad en la Desregulación Emocional.....	40

Índice de tablas

Tabla 1: Datos sociodemográficos.....	29
Tabla 2: R de Spearman para intervención de sustancias y severidad en la desregulación emocional	37
Tabla 3: Pruebas estadísticas ASSIST y DERS-E	38
Tabla 4: Prueba chi cuadrada para trastornos psiquiátricos y desregulación emocional ..	40

“Prevalencia de la Desregulación emocional en pacientes con consumo de sustancias tratados en la Clínica de Patología Dual del HPFBA”

Introducción

La desregulación emocional participa en el procesamiento conductual, cognitivo y emocional de cada persona, utilizando las habilidades emocionales como mecanismos para la resolución de problemas. En los usuarios con consumo de sustancias suelen presentar problemas en la regulación emocional como una respuesta emocional sobrecompensadora a estímulos ambientales, elevada reactividad y una recuperación retardada. Es necesario conocer el fenómeno de la desregulación para poder entender estos mecanismos y tener otro enfoque para entender el consumo y abuso de sustancias ilícitas.

Objetivos: Describir el comportamiento de la desregulación emocional y el consumo de sustancias, en población clínica con consumo de sustancias del servicio de CLINPAD; correlacionar el consumo de sustancias, las patologías de acuerdo a CIE 10, con la desregulación emocional.

Material y método: Es un estudio descriptivo, correlacional de tipo transversal, se utilizó una muestra intencional del servicio de CLINPAD, en edades comprendidas de 18 a 59 años, que tuvieran diagnóstico de consumo de sustancias y patología psiquiátrica primaria (patología dual), se obtuvo datos sociodemográficos y patrón de consumo; finalmente se aplicó la *escala de dificultad en la regulación emocional* y la *prueba de detección alcohol tabaco y sustancias* (ASSIST), se hizo la descripción de la muestra y la frecuencia del tipo de intervención y el grado de severidad en la desregulación emocional, posterior se hizo una correlación entre la desregulación emocional y el consumo de sustancias, al igual que con los diagnósticos establecidos en el servicio de Patología Dual. **Instrumentos:** DERS-E, ASSIST v3.1

Resultados: Se realizó la descripción de la población por medio de frecuencias y medias, posterior se realizó un análisis con r de Spearman, para el consumo de sustancias y la desregulación emocional, se aplicó X^2 para las patologías psiquiátricas y la desregulación emocional. En el caso de los patrones del consumo de sustancias se encontró una tendencia de los usuarios para encontrarse en el grado de severidad media o grave de la desregulación emocional, pero desde el punto de vista estadístico no hubo una correlación significativa. En el caso de los trastornos psiquiátricos, presentaron una tendencia para la severidad de la desregulación emocional en media y grave, en particular, en los trastornos por uso de sustancias y en trastornos del estado de ánimo, en la parte estadística la correlación no fue significativa.

Discusión: Los resultados obtenidos en este estudio son parecidos a otras muestras en cuanto al consumo de sustancias y el tipo de intervención, la muestra no nos permitió realizar una estadística inferencial, pero si observar tendencias en cuanto a la desregulación emocional, colocándose en medio o grave; es importante continuar el estudio de la relación del consumo de sustancias con la desregulación emocional, para poder definir otros vías terapéuticas coadyuvantes al tratamiento farmacológico.

Palabras Clave: adicción, dependencia, sustancias, desregulación, regulación emocional, ASSIST, patología dual, CLINPAD.

Abreviaturas

<i>Abreviatura</i>	<i>Significado</i>
<i>DE</i>	Desregulación emocional
<i>DERS-E</i>	Dificultad en la regulación emocional versión en español
<i>ASSIST</i>	Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test
<i>HPFBA</i>	Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”
<i>PD</i>	Patología Dual
<i>CLINPAD</i>	Clínica de patología Dual
<i>SNC</i>	Sistema Nervioso Central
<i>ENCODAT</i>	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
<i>ENA</i>	Encuesta Nacional de Adicciones
<i>THC</i>	Tetrahidrocanabinol
<i>ppm</i>	partes por millón
<i>Acc</i>	Acumbens
<i>CPF</i>	Corteza prefrontal
<i>TUS</i>	trastorno por uso de sustancias
<i>AC</i>	adenil ciclasa
<i>GABA</i>	ácido gamma-aminobutírico

Marco Conceptual

Patología Dual

El Concepto Patología Dual se comienza a definir e investigar a partir de la década de los noventas, con el advenimiento de la experimentación con sustancias psicotrópicas y estupefacientes y su relación con patologías mentales; por lo que el 20 de octubre del 2005, se funda en la Ciudad de México la **Academia Mexicana de Patología Dual (AMEPAD)**, como una necesidad de investigar y definir la situación y comorbilidad de esta entidad, con la finalidad de ofrecer un tratamiento integral a pacientes, además de tener un compromiso social con las instituciones que se encargan del seguimiento de esta patología (1).

Es importante mencionar que aunque desde 1957 el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) ha sido una institución comprometida con el seguimiento de pacientes con trastorno mentales, al igual que en la formación de profesionales de la salud y recursos humanos para la investigación, no se contaba con herramientas suficientes para el diagnóstico y tratamiento de la PD por lo que en septiembre del 2015, se inaugura la **clínica de Patología Dual (CLINPAD)** en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la cual recibe pacientes de otros servicios propios de este hospital (preconsulta, consulta externa y hospitalización) para su seguimiento y manejo.

Definiciones y retos de la Patología Dual

Es un término que denomina la concurrencia en un mismo individuo de por lo menos un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico.

Desde la perspectiva social constituyen un reto terapéutico ya que deben ser cubiertos por 2 redes de apoyo que es la red de salud mental y la de dependencia a sustancias.

Un punto importante es que requieren de mayor asistencia sanitaria, de atención en servicios de urgencias y hospitalización; además por el hecho de presentar mayores conductas de riesgo se les asocia a comorbilidades como infecciones por VIH o Hepatitis C, mayor tasa de desempleo y marginación.

Por lo anterior se consideran pacientes vulnerables desde la perspectiva psicopatológica, médica y social(2).

La identificación fiable de la comorbilidad psiquiátrica con el consumo de sustancias es un gran reto ya que el efecto agudo de las sustancias sobre el SNC simulan o exacerban síntomas de los trastorno mentales, dificultando su discernimiento, por lo que en el caso del diagnóstico categórico, se han hecho grandes esfuerzos para distinguirlos de los relacionados al consumo de sustancias (3).

- **Trastorno primario.**- Trastornos mentales no relacionados al consumo de sustancias, ni afección médica.
- **Trastorno inducidos por sustancias.**- Cuando los síntomas son considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los periodos de intoxicación o abstinencia a sustancias.
- **Efectos esperados.**- Síntomas habituales que aparecen como consecuencia del consumo o la abstinencia al consumo de sustancias.

Por lo que la relación de la patología dual es compleja, variable y reflejo de al menos 4 posibilidades(4): **a)** que la patología psiquiátrica y el trastorno por consumo no tengan relación siendo la ocurrencia por casualidad y compartiendo factores predisponentes. **b)** el primer trastorno puede influir el desarrollo del segundo y finalmente el ultimo tener un curso independiente **c)** el consumo de sustancias puede mitigar la presencia de algunos síntomas psiquiátricos en un trastorno no diagnosticado TDAH (5); por lo que el manejo de la primera puede hacer desaparecer el trastorno por uso de sustancias (TUS). **d)** Algunos síndromes pueden ser temporales como consecuencia de la intoxicación con un tipo específico de sustancias, o abstinencia.

Por lo que partiendo de la fisiología y fisiopatología de las adicciones en comorbilidad con otro padecimiento psiquiátrico se plantean los siguientes retos a seguir (6).

1. Definir la nosología adecuada de la coexistencia de los síntomas psicopatológicos y el abuso o dependencia de las sustancias de abuso, para poder clarificar la relación con los criterios diagnósticos, además de enfatizar la evolución dinámica del padecimiento.
2. Hallazgos de marcadores biológicos que pudieran validar los criterios utilizados
3. Necesidad de disponer de instrumentos clínicos de cribado que sean sensibles y específicos con la finalidad de poder definir la presencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con TUS.
4. La necesidad de proporcionar terapias efectivas para los pacientes duales, que vayan de la mano con el abordaje farmacológico e instituciones que puedan llevar el seguimiento del tratamiento.
5. Entender el concepto de PD como un **padecimiento psicodinámico**, que requiere de un seguimiento integral, permitiendo la valoración desde diferentes enfoques no solo desde el punto de vista farmacológico.

Aspectos generales del consumo de sustancias

Conceptos

Se define como **droga** a cualquier sustancia farmacológicamente activa que actúe sobre el SNC, que introducida en un ser vivo puede ocasionar alteraciones de las funciones psíquicas básicas, ya sea el curso del pensamiento, alteraciones de la sensorpercepción.

También se puede definir como una sustancias psicoactiva la cual tiene las particularidades de generar adicción. Este término fue acuñado en el siglo XIX aplicado en primera instancia al alcohol y posterior aplicado a las sustancias psicoactivas, las cuales en la mayoría de los casos son catalogadas como sustancias ilícitas.

Estas sustancias tienen la particularidad de ocasionar *tolerancia* y *abstinencia*, dos términos importantes para hacer la diferencia entre un uso perjudicial y una dependencia a las sustancias (7).

La Tolerancia se define como el proceso farmacodinámico y farmacocinético que obliga a aumentar progresivamente el consumo de sustancias, con el fin de conseguir un determinado efecto psicoactivo, es el proceso de disminución del efecto previsto por el paciente, en cambio la Abstinencia es el conjunto de signos y síntomas que aparecen al

dejar de consumir una droga a la que el sujeto es dependiente. Normalmente es un proceso agudo (posterior al cese del consumo) que presenta signos y síntomas orgánicos y psíquicos (dependiendo del tipo y cantidad de sustancia habitualmente consumida), teniendo una duración variable de 3 a 12 días, ocasionando en el paciente la búsqueda de la sustancia, incluso por medios ilegales y delictivos (8).

Las drogas pueden simular los efectos de los neurotransmisores naturales o endógenos, interfiriendo en las funciones cerebrales normales, por lo que algunos de los mecanismos por los que ejercen su efecto son bloqueando o alterando el almacenamiento, liberación o eliminación de estos neurotransmisores, interfiriendo con la recaptura de los mismos tras su liberación por la terminación presináptica, lo que condiciona una alteración en los efectos del mismo.

El tipo de alteración dependerá de la sustancia por lo que se clasifican en:

- **Depresor:** Alcohol, sedantes hipnóticos, los disolventes volátiles y cannabis.
- **Estimulantes:** Nicotina, cocaína, anfetaminas y éxtasis
- **Opioides:** Morfina, heroína.
- **Alucinógenos:** Fenciclidina (PCP), dietilamida del ácido lisérgico (LSD), dimetilriptamina (DMT), Psilocibina.

Cada una tiene un funcionamiento específico en la neurona entre ellos se encuentra:

- **En la Neurona Presináptica.**- estimulando la liberación de un neurotransmisor determinado.
- **En el receptor de la neurona postsináptica.**- simulando el efecto de un neurotransmisor determinado, por poseer una estructura similar; aumentado o bloqueando el efecto esperado por el NT endógeno o natural.
- **Transmisión.**- interfiriendo en el proceso, por ejemplo en la recaptura de neurotransmisores prolongando su tiempo de acción.

Alcohol

El alcohol es el componente esencial en las bebidas alcohólicas, siendo principalmente el etanol (alcohol etílico) el cual se caracteriza por tener un grupo hidroxilo (-OH) unido a un átomo de carbono saturado, es un depresor del SNC ya que tiene un efecto sobre la membrana neuronal en los canales iónicos y específicamente asociado a los receptores colinérgicos nicotínicos, 5-hidroxi-triptamina 3 (5-HT₃), serotoninérgicos y GABAérgicos tipo A (GABA_A), mientras que bloquea los canales iónicos de los receptores glutamatérgicos y canales de calcio controlados por voltaje.

Cuadro Clínico

Por su efecto gabaérgico es un depresor del Sistema nervioso central (SNC), por lo que genera desinhibición, deliberación verbal, labilidad en el humor, deterioro de la atención o juicio alterado, parecido al efecto de las benzodiazepinas o barbitúricos.

Con una alcoholemia del 0.05% el pensamiento, el juicio y el dominio de sí mismo se relajan y ocasionalmente se distorsionan, con aumento a 0.1% las acciones voluntarias se entorpecen de manera perceptible, con 0.2% se deprime mensurablemente la totalidad del área motora cerebral y afecta regiones cerebrales encargadas del control emocional, finalmente con alcoholemia de 0.3%, el individuo se puede encontrar estuporoso o incluso en coma.

Estas bebidas se pueden dividir en 2 grandes grupos, por su forma de elaboración que puede ser por **fermentación alcohólica** (vino, cerveza, sidra, aguamiel, mezcal o sake), en donde el contenido del alcohol no supera los 15° siendo estas las de mayor accesibilidad por su forma de elaboración; las producidas por **destilación** (brandy, whisky, tequila, ron, vodka, pisco, ginebra) se realizan partiendo de un producto de fermentación previa, siendo por su elaboración una concentración a los >15°, es importante tomar en cuenta que la cantidad de alcohol presente en una bebida, depende del volumen del alcohol o también definido como grado de alcohol.

Es una sustancia legal en la mayoría de los países del mundo a excepción de los estados islámicos.

Comorbilidad

- **Trastorno afectivos.** - Aproximadamente el 30% al 40% de los individuos con criterios para la dependencia al alcohol cuentan con criterios de trastorno depresivo mayor en algún momento de la vida, siendo más prevalente en mujeres y relacionado con altos consumos y antecedentes familiares. Esto genera más riesgo de intentos suicidas y consumo de otras sustancias, también es importante mencionar que los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I tienen mayor riesgo al consumo perjudicial de sustancias principalmente el alcohol como automedicación en los periodos de manía.
- **Trastornos de Ansiedad.** - Algunos individuos pueden utilizar los efectos condicionados por el consumo del alcohol como una manera de mitigar la ansiedad, por lo que el 20-25% de los pacientes cumplen criterios para trastornos de ansiedad, incluso pueden llegar a utilizar el consumo para los síntomas como una manera errónea de mitigar los síntomas de la *agorafobia* o la *fobia social*.

- **Suicidio.**- La prevalencia de suicidio en consumidores de alcohol oscila entre el 10-15%, los factores asociados son la presencia de trastorno depresivo mayor, sistemas débiles de apoyo social, afección orgánica concomitante, desempleo o el hecho de vivir solo.

Cannabis (Cannabis Sativa)

De las sustancias ilegales es la más consumida a nivel mundial, es un depresor del SNC, su preparación proviene de la planta *Cannabis Sativa*, siendo empleada en China, India y Oriente Medio desde hace 8,000 años. La planta femenina es la que presenta la mayor concentración de la sustancia activa, el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), que es la responsable de los efectos psicoactivos de la planta; la parte más potente procede de los extremos florecientes de las plantas o del exudado resinoso que se denomina *hachís*.

Aunque el componente principal de la Cannabis es el *delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC) existen cerca de 400 sustancias relacionadas al THC, el cual al ser ingerida por vía oral o fumada, se convierte en *11-hidroxidelta-9-THC* que es el metabolito activo en el SNC. Este metabolito se relaciona con el receptor CB1 o canabinoide el cual es un receptor ligado a proteína G (Gi) vinculada con la adenil ciclasa (AC) de manera inhibitoria; estos receptores se encuentran en ganglios basales, hipocampo y cerebelo (9).

Cuadro Clínico

Los efectos físicos frecuentes con la cannabis son la dilatación de los vasos conjuntivales, una leve taquicardia, aumento del apetito y sequedad de boca, estos se presentan de manera aguda, remitiendo posterior a la intoxicación, es importante mencionar que si es cierto que no hay presencia de receptores canabinoides en el tronco cerebral, lo que demuestra su pobre efecto sobre las funciones respiratorias y cardíacas; tiene un efecto a largo plazo análogo al consumo de tabaco al generar alteraciones respiratorias crónicas y cardiovasculares.

- **Síndrome amotivacional.**- Se discute si está relacionado con el consumo o refleja rasgos caracterológicos de un subgrupo de individuos; está asociado al consumo prolongado de cannabis y se caracteriza por la falta de disposición del individuo a persistir en una tarea, se describe al individuo como apático o anérgico(10).

Solventes Volátiles (Inhalantes)

Los inhalantes de abuso, sustancias volátiles o solventes son hidrocarburos que a temperatura ambiente volatilizan y presentan una absorción transpulmonar, estas sustancias se encuentran mayormente en productos de uso habitual y comercializado en cuatro formas principales:

1. disolventes para cola y adhesivos
2. propelentes para aerosol (pinturas de laca para cabello)
3. diluyentes
4. combustibles (gasolina o propano)

Estas sustancias de abuso se asocian a múltiples trastornos mentales como los de la conducta y afectivos, así como a conductas como agresiones físicas, abuso físico o sexual.

Por su forma de consumo el efecto en el SNC es rápido, las concentraciones inhaladas pueden representar 10,000 ppm, su funcionamiento es como depresor del SNC potenciando el sistema de GABA.

Cuadro Clínico

Durante la intoxicación pueden presentar diferentes cambios conductuales como apatía, reducción de la función social, deterioro del juicio, conducta impulsiva y agresiva, además de síntomas físicos como náuseas, nistagmus, hiporreflexia y *diplopía*. Las dosis altas pueden condicionar síntomas como temor, ilusiones sensoriales, alucinaciones visuales o auditivas y distorsión del tamaño corporal además de disartria, bradilalia y ataxia.

Epidemiología Nacional

Dentro de los objetivos del desarrollo sostenible publicado en el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo 2018, uno de los 14 puntos a tratar y que nos competen, son la **Salud y Bienestar**, lo que definen como: "*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades*", dentro de este apartado se habla de:

- Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover *la salud mental y el bienestar*.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y consumo nocivo de alcohol.
- Fortalecer la aplicación del **Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco** (11) en todos los países.

Es importante ratificar estos acuerdos ya que nos hemos visto rebasados por los problemas condicionados por el consumo perjudicial y la dependencia a sustancias, solo por mencionar algunos datos relevantes hablaremos de las diferentes sustancias de uso perjudicial y su expresión epidemiológica en la población.

En población general el consumo de cualquier droga ilegal, del 2016 con respecto al 2011 ha pasado de 7.8% a 10.3% para cualquier droga, de 7.2% a 8.6% para el consumo de Cannabis, siendo el género más afectado el de los hombres. Para la prevalencia del consumo de sustancias en el caso de cualquier droga ha aumentado de 1.8% a 2.9% para drogas ilegales y de 1.2% a 2.1% en el caso de cannabis.

En cuanto a la *dependencia* a drogas, en el año 2016 se reporta el 0.6% de la población (1.1% en el hombre y 0.2% mujeres), siendo el grupo poblacional más afectado el que se encuentra entre los 18 a 34 años.

En el caso del alcohol el consumo es del 35.9% en población en general (48.1% correspondiente a los hombres y 24.4% en las mujeres), de los cuales el consumo excesivo de alcohol definido como *4 copas diarias en el hombre o 3 copas diarias en la mujer* quedaron en porcentajes con 19.8% en población general (29.9% hombres; 10.3% en las

mujeres), finalmente la dependencia al consumo de alcohol de manera general representa el 3.9% de la población general (2.2% hombres; 0.6% mujeres), además de que la edad de inicio para el consumo de alcohol se ha mantenido en el caso de los hombres en 16.7 años y en las mujeres en 19.2 años, con una media general de 17.9 años. Las regiones de la república mexicana más afectada por el consumo de sustancias son *Baja California, Sonora y Sinaloa*, teniendo menor incidencia de casos, *Yucatán, Quintana Roo, Campeche y Chiapas*.

En el caso del consumo de tabaco la edad de inicio que se ha reportado en la “Encuesta nacional del consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016” (12) en el caso de los hombres es de 18.8 años y de las mujeres de 21 años, con un promedio de consumo de 7.4 cigarrillos al día (mujeres 6.4, hombres 7.7), actualmente los fumadores diarios representan el 6.4% de la población (5.5 millones de personas).

Finalmente, es importante comentar que es una patología que va en aumento en las poblaciones jóvenes, el consumo perjudicial y la dependencia a las sustancias tiende a ser subdiagnosticado, sin llevar un seguimiento adecuado por alguna institución por lo que el pronóstico tiende a ser malo y con un manejo tardío ya que tanto los familiares como los pacientes realizan múltiples manejos antes de acudir a solicitar atención a una institución psiquiátrica. El 24 % de los pacientes valorados con este trastorno requiere de un manejo intrahospitalario (13).

Fisiología de las adicciones y circuitos neurobiológicos

El cerebro dispone de vías para guiar y dirigir el comportamiento, dentro de los estímulos que se asocian a la vía de recompensa están los relacionados a la alimentación, consumo de agua o la convivencia con la pareja. Las sustancias psicoactivas activan artificialmente las mismas vías pero de forma más intensa provocando aumento de la motivación y perpetuando el consumo (14)

Por lo que la *dependencia* es la interacción compleja de los efectos fisiológicos de sustancias sobre zonas cerebrales asociadas a la motivación y las emociones, combinado con el *aprendizaje* sobre la relación entre las sustancias, las situaciones y las señales relacionadas entre ellas.

Vía dopaminérgica mesolímbica y mesocortical

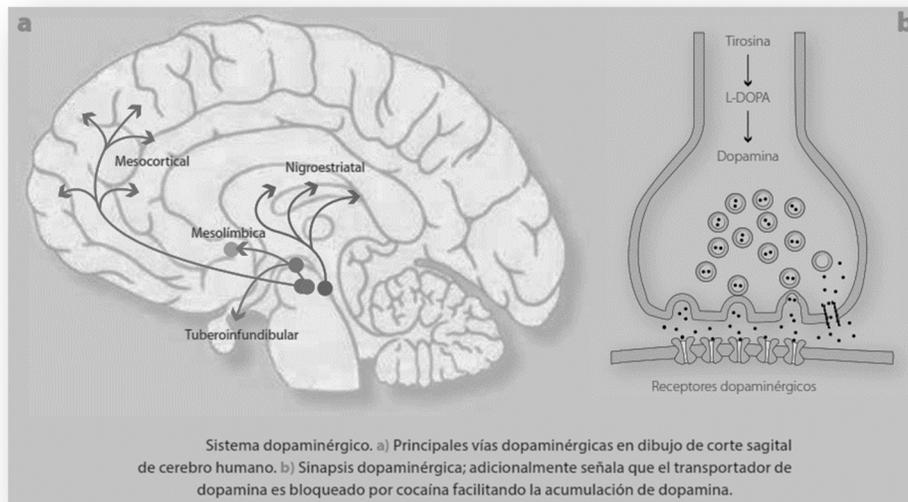


Ilustración 1: Tomado de Méndez Díaz M et al. *Neurobiología de las adicciones*, página 9 (15)

Muchas de las sustancias activan las vías dopaminérgicas, que está situada en el *mesencéfalo*, es el sistema más relacionado con la dependencia a las sustancias o conductas adictivas, siendo específicos dos zonas: el *área tegmental ventral* y una zona de comunicación que es el *núcleo accumbens* (Ilustración 1: Tomado de Méndez Díaz M et al. *Neurobiología de las adicciones*, página 9 (15) Ilustración 1). El área tegmental ventral es una zona rica en neuronas dopaminérgicas, que tiene proyecciones a zonas del cerebro implicadas en las emociones, el pensamiento, la memoria, la planificación y ejecución del comportamiento. El núcleo Accumbens está relacionado con la motivación, el aprendizaje y el señalamiento del valor motivacional de los estímulos, cuando la dopamina se libera en esta zona, se da un reforzamiento positivo. Se ha demostrado que la vía dopaminérgica mesolímbica está implicada en los procesos motivacionales, estos consisten en la asignación de recursos atencionales y conductuales a los estímulos en función de sus consecuencias previstas (15).

Una de las vías más estudiadas es el *Sistema de Olds y Milner* que anatómicamente se forma por vías dopaminérgicas del área tegmental ventral. Cuando proyecta vías al núcleo accumbens y a la amígdala forman la vía mesolímbica, cuando las proyección es a la parte posterior a la corteza prefrontal forma la vía mesocortical.

Su efecto principalmente en los receptores dopaminérgicos D1 y D2 expresados en las neuronas del núcleo accumbens y en terminales glutamatérgicas en corteza prefrontal y amígdala.

En el caso del abuso de sustancias se da una activación intensa del área tegmental ventral por estos motivadores vacíos (no responden a una necesidad homeostática), modificando *al sistema de motivación y recompensa* con una liberación masiva de neurotransmisores

tras el consumo y una reducción en la liberación por debajo de la basal, posterior al cese del consumo (16).

Con base en estudios de imagen en humanos se ha demostrado una disminución del metabolismo de la glucosa en la corteza orbitofrontal, encargada de la jerarquización de los estímulos, al igual que una disminución en la expresión de receptores D2 en la NAcc. Todos estos sistemas subcorticales están bajo la regulación de la corteza prefrontal, por lo que si la CPF es disfuncional condiciona conductas mal adaptadas que llevan a sujetos a la adicción; esto puede ser producto de una carga epigenética anormal.

El sustrato neuroanatómico de la expresión de la conducta tiene como función la inhibición de los impulsos y tendencias de respuesta siendo un modelo de comunicación *Corteza Prefrontal - Núcleos de la Base - Tálamo - Corteza*.

La *corteza prefrontal* se comunica con estructuras subcorticales para el control de la conducta, siendo de 3 formas:

- La **vía directa**.- enviando señales excitadoras (GLUTAMATO: GLU) al núcleo estriado, este a su vez inhibe (GABA) al globo pálido interno o entopeduncular [GPI-EP] y a la sustancia negra *pars reticulata*.
- La **vía indirecta**.- inicia en la CPF con la liberación de GLU estimulando al núcleo estriado, este a su vez inhibe (GABA) al globo pálido, inhibiendo al tálamo.
- Vía **hiperdirecta**.- el estímulo excitatorio proviene de la circunvolución frontal inferior derecha y excita al núcleo estriado posterior al globo pálido interno posterior inhibiendo al tálamo.

Estas vías se encargan de la inhibición de la conducta siendo más rápida y más eficiente la última; se ha demostrado que la *disfunción en la circunvolución frontal inferior derecha* se relacionan con trastornos en la inhibición de la conducta.

Circuito HbL - ATV (Habenua Lateral - Área Tegmental Ventral)

El Globo Pálido interno es preferentemente GABAérgico pero también tiene neuronas GLU, que tienen comunicación con un núcleo mesencefálico llamado *Habenua Lateral* (HbL) ocasionando su activación, esta a su vez se comunica con el área tegmental ventral proyectando a la región rostral del ATV, entrando al sistema de motivación y recompensa. Se ha demostrado que el *circuito HbL-ATV* se relaciona con el proceso de reforzamiento, ya que cuando un reforzador es placentero el HbL se inhibe y la conducta de búsqueda se aumenta (17).

Este circuito neuronal requiere de la participación de GABA, GLU, dopamina y recientemente se han visto altas concentraciones de receptores cannabinoides 1 (CB1), en terminales de células GABA en el ATV provenientes de la región caudal al igual que terminales GLU de la Habenua Lateral, proyectadas al ATV.

Sistema Endocanabinoide (seCB)

Está implicado en la regulación de los procesos fisiológicos, principalmente en el control de la inhibición de la conducta, los principales sitios de unión son los receptores a cannabinoides CB1 y CB2.

Los endocannabinoides se sintetizan y liberan en respuesta a la activación neuronal, no tienen almacenamiento en vesículas como los neurotransmisores clásicos, por lo que se deduce que se producen en momentos de intensa demanda del SNC; el receptor más estudiado es el CB1 que tiene una distribución en corteza prefrontal, hipocampo, hipotálamo, cerebelo, amígdala y globo pálido interno, este se expresa en los botones presinápticos de las células GABA y GLU. El receptor CB2 tiene su expresión en el SNC participando en la regulación en el consumo de cocaína y nicotina.

Se sabe que la Marihuana (*Cannabis Sativa*) mediante su principal componente activo **delta-9-tetrahidrocannabinol**, activa al receptor CB1 aumentando la liberación de DA en el Núcleo accumbens y asociado a ello aumenta la ingestión de los alimentos.

Por lo antes comentado podemos decir que aparte del sistema de recompensa, participan otros circuitos para amplificar la sensación placentera del consumo de sustancias, promoviendo la dependencia.

De manera general se habló de los la fisiología y la anatomía de las adicciones, pero de esta información nos podemos plantear una nueva interrogante referida a la respuesta del individuo, ya que no todas las personas que utilizan sustancias, ya sea legales o ilegales, generan un consumo perjudicial o una dependencia al consumo de sustancias, por lo que la pregunta sería ¿qué otros factores se pueden ver involucrados en el consumo de sustancias?

De esta premisa se puede partir para definir un problema no solo fisiológico, sino biopsicosocial, donde también participa el componente de la regulación emocional, término que es esbozado en 1991 como parte del escrito "*Emotion and adaptation*" (2) donde se habla de cuales emociones se adaptan a las demandas situacionales; esto partiendo de las habilidades con las que cuente el sujeto, por lo que es importante hacer mención de *la regulación emocional*.

Regulación emocional

Las emociones han demostrado una influencia importante en los padecimientos psiquiátricos; la regulación emocional permite la comprensión de manera integral de los procesos emocionales, que participan en padecimientos como los trastornos afectivos, de ansiedad, consumo de sustancias o el trastorno de inestabilidad emocional tipo límite. Tras un largo periodo histórico donde las emociones se etiquetaban como desadaptativas o perturbadoras, actualmente se ha enfatizado su participación en la adaptación de la toma de decisiones (18).

Las emociones adaptan el estilo cognitivo a las demandas situacionales, modificando la toma de decisiones y preparando al individuo para una adecuada respuesta (19); sin embargo para disponer de estos recursos se deben tener o generar *habilidades emocionales*.

Cuando no se logra una adecuada respuesta, puede suponer un desgaste en el funcionamiento del individuo por lo que, en numerosas situaciones, debemos regular nuestro estado emocional, lo que nos permite una adecuada respuesta al entorno laboral o

social. En muchas de las ocasiones regulamos nuestras emociones con la finalidad de evitar sensaciones desagradables o porque no se ajustan a la percepción que tenemos de nosotros mismo (20). Los procesos emocionales son claves para el funcionamiento psicológico y son parte fundamental de los trastornos psicopatológicos.

En ausencia de adecuadas estrategias o habilidades emocionales, los intentos de regulación pueden no ser exitosos, siendo excesivos a las expectativas del individuo o funcionando de forma refractaria a los intentos de controlar estas emociones condicionando un círculo vicioso, alterando muchas áreas del funcionamiento social o psicológico.

Por lo que se ha sugerido que los *déficit emocionales*, pueden ser responsables de la alta comorbilidad con otro padecimiento psiquiátrico.

Bases de una regulación emocional

El procesamiento emocional permite absorber y canalizar una reacción emocional que en ocasiones por su importancia u otras razones puede llegar a resultar excesivamente intensa o persistente, llegando a interferir en la vida del individuo. Por lo que para regular las reacciones emocionales es necesario un proceso activo de elaboración y comprensión emocional denominado procesamiento emocional(21).

Para un adecuado procesamiento emocional se pueden definir pasos o procesos necesarios que permiten una respuesta óptima y en consecuencia una regulación emocional eficaz (Ilustración 2).

Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional

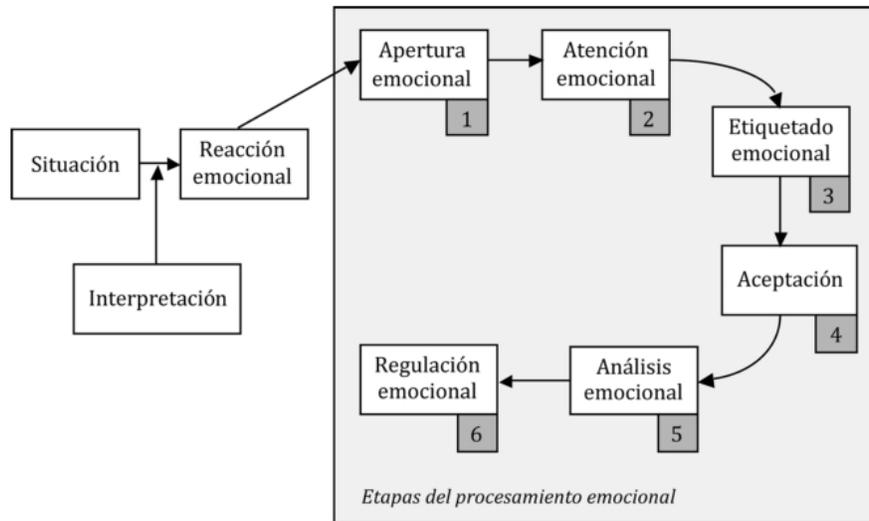


Ilustración 2: Tomado de Gonzalo Hervás, *Psicopatología de la regulación emocional*, página 352 (22)

Dentro de las etapas del procesamiento emocional se pueden definir 6 paso (22):

1. **Apertura emocional.**- Capacidad del individuo para tener acceso consecuente a sus emociones; siendo el polo deficitario la alexitimia.

2. **Atención emocional.**- Tendencia a dedicar recursos atencionales a la información emocional, siendo el polo deficitario la inatención emocional.
3. **Aceptación emocional.**- Se refiere a la ausencia de juicios negativos ante la propia experiencia emocional, siendo el polo deficitario el rechazo emocional.
4. **El etiquetado emocional.**- La capacidad del individuo para nombrar con claridad sus emociones.
5. **Análisis emocional.**- La capacidad de la persona para reflexionar y entender el significado y las implicaciones de sus emociones.
6. **Regulación de las emociones.**- Capacidad para modular sus respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias siendo emocionales, cognitivas o conductuales.

Alteración de la regulación emocional

La regulación emocional se refiere a aquellos procesos por los cuales, *"las personas ejercemos influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuando las tenemos y como las experimentamos o expresamos"* (18), por lo que partiendo de esta premisa, podemos definir que muchos de los padecimiento psiquiátricos pueden tener un componente relacionando a la regulación emocional que genera un déficit y una manifestación clínica o una respuesta desadaptativa(23) , por lo que es importante definir las:

1. **Déficit de la regulación por ausencia de activación:** Aplicado a situaciones en las cuales una persona no activa estrategias de regulación a pesar de experimentar intensos estados de disforia; siendo parte importante del problema clínico, un ejemplo *la depresión*, donde el individuo puede abandonarse en un estado de ánimo sin hacer nada para compensarlo, por lo tanto, hablaríamos de un déficit de activación de estrategias
2. **Déficit de la regulación por empleo de estrategias disfuncionales:** El proceso de manejo de las emociones es complejo, de forma que si no se ha realizado adecuadamente el procesamiento emocional de la experiencia, los intentos de regulación pueden ser infructuosos

Tomando como ejemplo los hechos impactantes o de riesgo vital; aunque las personas activen estrategias de regulación emocional adecuadas que en otras personas pueden ser útiles, probablemente no serán eficaces si no ha procesado y asimilado la situación vivida. Por lo tanto una estrategia puede ser eficaz para la regulación de las emociones en una situación pero no en otra, igualmente puede ser eficaz a corto plazo pero no a mediano o largo plazo, por lo que parte importante de las habilidades emocionales son la claridad emocional o la aceptación emocional, promoviendo una eficacia de las estrategias de la regulación empleada.

3. **Déficit de la regulación por empleo de estrategias compensatorias:** Ante una reacción emocional negativa o disruptiva, generan estrategias de regulación para corregir dichas experiencias sin lograr conseguirlo, por el contrario estas reacciones tienden a ser más intensas y descontrolada

Esto siendo consecuencia de usar estrategias **contraproducentes** (evitación, rechazo, supresión emocional); por lo que la alteración de la regulación puede no ser un problema de activación o eficacia, sino que a veces los intentos en la regulación en sí mismos son un problema. Es importante mencionar que también existen mecanismos compensatorios que si bien reducen la experiencia emocional conllevan a efectos secundarios desadaptativos, uno de estos sería el *consumo de sustancias (24) o la conducta autolesiva*

Método de Investigación

Justificación

La desregulación emocional participa en el procesamiento conductual, cognitivo y emocional de cada persona, con la finalidad de mejorar la toma de decisiones, utilizando habilidades emocionales adecuadas al contexto que nos permiten contender mejor ante estresores de la vida; pero cuando estos mecanismos fallan utilizamos mecanismos sobrecompensadores, como el consumo de sustancias o la conducta autolesiva, condicionando conductas de riesgo

En los pacientes con consumo de sustancias en general suelen presentarse problemas en la regulación emocional, con posterior problemas en el control de sus conductas (25), siendo denominado *vulnerabilidad emocional*, la cual es definida como una respuesta emocional sobrecompensadora a estímulos ambientales, una elevada reactividad (reacción de gran magnitud) y una recuperación retardada (vuelven a la línea base afectiva tras un periodo de tiempo muy amplio) (26).

La Patología Dual es un trastorno de gran presencia en la salud mental, tiende a generar sufrimiento para el paciente y sus familiares al igual que un gasto económico para el grupo primario de apoyo y las instituciones de salud

La finalidad de este estudio es el conocer las habilidades emocionales de los pacientes con PD y su respuesta ante estresores emocionales y de la vida, que les generan vulnerabilidad, para poder entender los procesos de desregulación emocional y de manera posterior plantear una alternativa para el manejo de la PD siendo coadyuvante e integral al seguimiento farmacológico.

Planteamiento del Problema

Estudiar la desregulación emocional y su correlación con la patología psiquiátrica y el consumo de sustancias (TUS) en pacientes que cuenten con patología dual del Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", con la finalidad de conocer su participación como mecanismo compensatorio.

Pregunta de Investigación

¿Qué tan severos son los puntajes de la Escala de Desregulación Emocional (DE) y su correlación con la patología dual (patología psiquiátrica y consumo de sustancias), en pacientes pertenecientes al servicio de CLINPAD?

Objetivo General

Describir el comportamiento de la desregulación emocional (DE), en pacientes con diagnóstico de patología dual con seguimiento en el servicio de CLINPAD.

Objetivos específicos

- Describir la presencia de Desregulación emocional en los usuarios de la clínica de Patología Dual (CLINPAD).
- Describir las características sociodemográficas de la muestra.
- Describir las características del consumo de sustancias de acuerdo a la escala ASSIST.
- Correlacionar los puntajes de intervención de la escala ASSIST con los obtenidos con la severidad de la desregulación emocional.
- Describir las frecuencias de diagnósticos de acuerdo a CIE 10, pertenecientes a la Clínica de patología Dual.
- Correlacionar los diagnósticos de acuerdo a la CIE 10 con los resultados obtenidos con la severidad de la desregulación emocional.

Hipótesis

Hipótesis Nula

No hay correlación en los puntajes de severidad de la desregulación emocional (DERS-E), con los obtenidos en la intervención en el consumo de sustancias (ASSIST), en paciente psiquiátricos, pertenecientes a la clínica de patología dual.

Hipótesis alterna

Hay correlación en los puntajes de severidad de la desregulación emocional (DERS-E), con los obtenidos en la intervención en el consumo de sustancias (ASSIST), en paciente psiquiátricos, pertenecientes a la clínica de patología dual.

Hipótesis de Investigación

Por medio de *frecuencias y correlación de los datos obtenidos*, de la escala ASSIST y del grado de severidad en la escala de *desregulación emocional* (DERS-E), se describió el comportamiento del consumo de sustancias, la frecuencia de los diagnósticos psiquiátricos y de consumo en relación con la severidad de la desregulación emocional en paciente pertenecientes a la clínica de patología dual.

Muestra y Muestreo

El estudio es **no probabilístico** e intencional, en 50 paciente con padecimiento psiquiátrico y comorbilidad con consumo de sustancias, pertenecientes al servicio de CLINPAD, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión

Sujetos

Pacientes entre 18 y 59 años con diagnóstico de padecimiento psiquiátrico y consumo de sustancias (PD), que se encuentren en seguimiento en el servicio de Patología Dual (CLINPAD).

Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Pacientes de **sexo** masculino o femenino.
2. Pacientes mayores de 18 años y menores de 59 años.
3. Pacientes con expediente clínico de nuestra institución.
4. Que cuenten con **2 o más diagnósticos** psiquiátricos clasificados dentro del CIE 10.
5. Continúe el seguimiento en el servicio de CLINPAD.
6. Que firmen el *Consentimiento informado* para la realización del estudio.

Criterios de exclusión

1. Pacientes menores de 18 años.
2. Pacientes mayores de 59 años.
3. Pacientes en estado de intoxicación.
4. Paciente que no se pueda aplicar la escalera (no sepan leer o escribir).
5. Pacientes que no cuenten con expediente de nuestra institución.
6. No pertenecer a la *clínica de patología dual* (CLINPAD).
7. Paciente que cuenten con exacerbación de la sintomatología psicótica o conducta que requieran de manejo intrahospitalario.
8. Paciente que no firme el consentimiento informado.

Tipo de estudio

Es un estudio **prospectivo, observacional, transversal, descriptivo y correlacional**

Instrumento de evaluación y medición

Hoja de registro de datos

Basado en la hoja de referencia del servicio de CLINPAD, la finalidad es la recopilación de datos sociodemográficos y de sustancias, dentro de los datos que permite su recolección están:

- Nombre del usuario
- Número de expediente
- Edad
- Género
- Estado Civil

- Religión
- Nivel socioeconómico (Asignado por Trabajo Social)
- Escolaridad
- Ocupación (Empleado o desempleado)
- Consumo de sustancias
 - 1) Sustancia de consumo alguna vez en la vida
 - 2) Edad de Inicio
 - 3) Frecuencia
 - 4) Forma de administración
 - 5) Periodo de Abstinencia
 - 6) Último Consumo

Escala de Dificultad en la Regulación emocional versión en Español (DERS-E)

La escala de Gratz y Roemer *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS)(27), consta de 36 reactivos elaborados con la finalidad de evaluar las dificultades en las habilidades emocionales en el adulto, en los hallazgos preliminares respecto a las propiedades psicométricas, demostró una *consistencia interna* (*Alpha de Cronbach* = 0.93) así como una confiabilidad *Test-retest* adecuada ($r=0.88$). Además el análisis factorial demostró una adecuada validez de constructo con **seis subescalas** diferenciadas:

1. No aceptación de respuestas emocionales (**no aceptación**)
2. Dificultades para implementar conductas dirigidas a metas (**metas**)
3. Dificultades en el control de impulsos (**impulsos**)
4. Falta de conciencia emocional (**Conciencia**)
5. Acceso limitado a estrategias de regulación emocional (**Estrategias**)
6. Falta de claridad emocional (**Claridad**)

Las seis subescalas (28) diferenciadas de: *no aceptación* hace referencia a una reacción negativa a la respuesta emocional de uno mismo o de otros; la dificultad en conductas dirigidas a *metas* implica que las emociones interfieren con una acción efectiva hacia un objetivo, mientras que las personas están experimentando emociones negativas.

La *impulsividad* se refiere a los problemas para controlar el propio comportamiento cuando se experimenta una emoción de alta intensidad, la *conciencia* es la categoría para medir las dificultades para reconocer las propias emociones; la limitación de las *estrategias* de regulación emocional alude a la pobre percepción de habilidades para modular emociones y finalmente la *claridad* mide la dificultad para diferenciar emociones experimentadas.

La validación de las propiedades psicométricas en México se realizó en el 2011 por parte de Marín Tejeda et al. (29), donde se realizó una prueba con 455 estudiantes, con un primer análisis factorial, donde no replicaba las características de 36 ítems ajustando un modelo de 24 ítems y cuatro factores (corroborado con un segundo análisis factorial ($\chi^2 = 259.729$, $gl=230$, $p>0.05$). Las alphas de Cronbach de cada subescala tuvieron un rango entre .85 y

.68. La validez por medio de grupos contrastados y la correlación con las medidas concurrentes mostraron resultados significativos (r de Pearson de .51 a .76, $p < 0.05$).

Por lo que quedaron los siguientes 4 subescalas:

1. No aceptación de respuestas emocionales (**no aceptación**)
2. Dificultades para implementar conductas dirigidas a metas (**metas**)
3. Falta de conciencia emocional (**Conciencia**)
4. Falta de claridad emocional (**Claridad**)

Se ha demostrado la utilidad del DERS para detectar y atender distintas patologías asociadas a la desregulación emocional, tanto en población *clínica* como *no clínica*.

La escala es auto aplicable cuenta con 24 reactivos los cuales cuentan con 5 reactivos en estructura Likert teniendo como mínimo 24 puntos y un máximo de 120 puntos; dentro de la estructura de la escala, las subescalas que la conforman corresponden a los reactivos.

SUBESCALAS	ÍTEMS CORRESPONDIENTES
NO ACEPTACIÓN	11, 15, 23, 25, 28, 29, 30, 31, 35
METAS	13, 18, 26, 27, 32, 33
CONCIENCIA	1R, 2R, 6R, 7R, 10R
CLARIDAD	3, 4, 5, 9

Los siguientes ítems se califican de manera inversa, tomando la respuesta “siempre” como 1 y “nunca” como 5; **1R, 2R, 6R, 7R, 10R**.

El Instrumento no tiene normas psicométricas ni puntos de corte, por lo que para la interpretación realizaremos de acuerdo a la severidad presentada, puntos de corte con una severidad; siendo de la siguiente manera:

1. Severidad leve (<25%)
2. Severidad Moderada (26-50%)
3. Severidad Grave (51-75%)
4. Severidad Muy Grave (>76%)

Resultados.- En los resultados obtenidos en población mexicana (29) menciona una adecuada consistencia, con una $X^2 = 22339.4$, $gl=6$, $p < 0.05$.

Prueba de detección de consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)

La Prueba *Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test* (ASSIST), es una herramienta desarrollada por la Organización Mundial de la Salud(30), su elaboración se realizó en 1997, con la finalidad de desarrollar un instrumento útil, fiable y de fácil aplicación que evaluara el consumo de diferentes sustancias, que puede utilizarse en conjunto con intervención breve.

En Pruebas estadísticas ha demostrado un buen coeficiente de fiabilidad (31) que va en consonancia con otros estudios (32), siendo más evidente en los resultados en alcohol y tabaco, donde las muestras de pacientes en México fueron la más representativa. La validez concurrente del ASSIST en relación con el AUDIT (33), fue aceptable y significativa ($r= 0.719$, $p<0.001$); una sensibilidad y la especificidad tiene una funcionalidad global de 84%.

Población

El estudio se validó para población Mexicana, por Soto et al. en el 2014 (31) con una población de 1176 estudiantes universitarios, se realizó en conjunto con otras escalas relacionadas con consumo de sustancias como AUDIT (33), FIND, CAD-20 (34).

La escala se compone de 7 preguntas las cuales cuentan con una estructura de tipo nominal, con respuestas como “*nunca, 1-2 veces, mensualmente, semanalmente y diario o casi diario*”, dando una respuesta para cada una de las sustancias, siendo la siguiente codificación.

CODIFICACIÓN DE SUSTANCIAS ESTUDIADAS

- a. Tabaco
- b. Bebidas alcohólicas
- c. Cannabis
- d. Cocaína
- e. Estimulantes tipo anfetamina
- f. Inhalantes
- g. Sedantes o pastillas para dormir
- h. Alucinógenos
- i. Opiáceos
- j. Otros

Posteriormente se realizó la suma de cada uno de los ítems para las diferentes sustancias, dando puntajes para cada sustancia en un rango de 0 al 36, formando los siguientes puntos de corte para las siguientes intervenciones:

Puntaje	Tipo de Intervención
0-3	No intervención
3-26	Intervención Breve
>27	Tratamiento Intensivo (PSC/PPR)

Procedimiento

1. Se presentó el Protocolo de estudio al comité de ética y de investigación de esta institución para la realización de correcciones pertinentes y su aprobación.
2. Se tomó una muestra de paciente del servicio de CLINPAD (N 56), que cuente con los criterios de inclusión y exclusión y se explicó la finalidad del estudio.
3. Se les proporcionó consentimiento informado para que firmen de conformidad y/o enterados
4. Se realizó una breve entrevista (15 min), para obtener los reactivos de la Hoja de registro de datos y finalmente se aplicara la escala de dificultad en la regulación emocional (DERS-E) y la escala de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)
5. Se integraran los datos obtenidos para definir frecuencias y análisis descriptivo de los resultados de **ASSIST y DERS**.
6. Se realizara la correlación del tipo de intervención en el consumo de sustancias y la severidad de la desregulación emocional

Análisis Estadístico

Se aplicó estadística descriptiva e inferencial paramétrica y no paramétrica, el procesamiento de datos estadísticos se realizara con el apoyo del programa estadístico **SPSS versión 23.0.0**

Consideración Bioéticas

Los datos obtenidos durante el estudio serán únicamente con fines científicos no se dará otro uso, respetando la confidencialidad de los participantes. El Proyecto se considera como INVESTIGACIÓN SIN RIESGOS de acuerdo al artículo 17 del *REGLAMENTO* de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud título segundo, capítulo 1, numeral 1, el cual dice "*Investigación con riesgo mínimo: 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*".

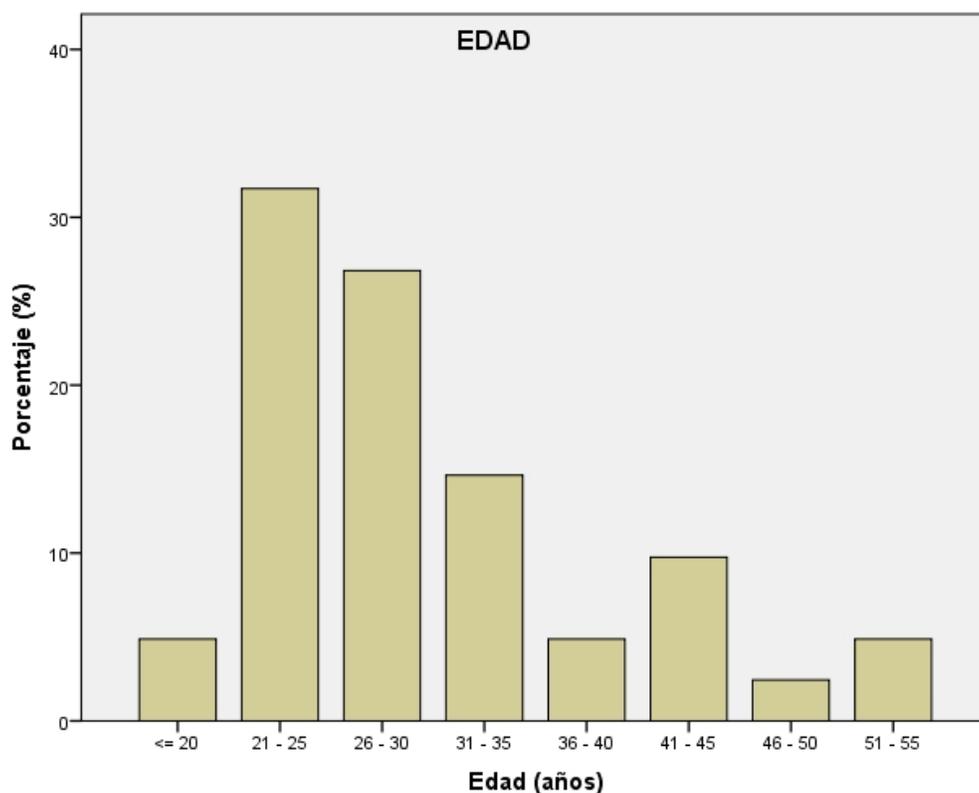
El estudio se llevó a cabo en nuestra institución, no se generaran costos por la realización, sin generar daños o perjuicios a pacientes, en caso de que algún sujeto que forme parte del estudio requiera información obtenida por el mismo, se le proporcionara respetando en todo momento la confidencialidad. El proyecto de investigación es realizado y asesorado por profesionales de la salud, con conocimiento suficiente para garantizar la integridad de los sujetos de estudio, siendo bajo supervisión de las autoridades sanitarias competentes. Para el inicio fue necesario contar con el dictamen favorable del comité de investigación y bioética del *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. De igual forma se ajustó a las normas emitidas en 1947 por el Tribunal Internacional de Núremberg con modificaciones en 1964 durante la Asamblea Mundial de Helsinki y actualizada por la misma asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000 en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset West y Edimburgo.

Resultados

Descripción de la Muestra

En la actualidad la *clínica de patología dual*, cuenta con un total de 134 pacientes (85.1% hombres, 14.9% mujeres), con una media de edad de 29 años; dentro de los factores socioeconómicos el 54.5% no son económicamente activos y el 64.2% son solteros (35).

Para el estudio se consiguió una muestra inicial de 56 participantes, de los cuales 41 fueron los que cumplieron los criterios de selección y exclusión, los factores de exclusión más frecuentes, fueron el no pertenecer a la clínica de Patología Dual (CLINPAD) al momento de la aplicación y/o no contar con número de expediente de esta institución en el momento del estudio.



Gráfica 1: Edad agrupada en rangos de 5 años.

La población muestra se compone de participantes de edades entre los 20 años y los 55 años, con una media de 28.2 años; formando grupos por edad (de 5 años), los grupos más prevalentes se colocan en el rango de 21-25 años con 31.7% (n 13), seguida del rango 26-30 años con el 26.8% (n 11) (Gráfica 1).

De la muestra 95.1% son de género masculino (n 39) y el 4.9% corresponden al sexo femenino (n 2). El estado civil que más predominó fue unión libre con 48.8% (n 20), seguida por el soltero con 41.5% (n 17), posterior casados con 9.8% (n 4); en cuanto a la religión el 95.1% corresponden a católica (n 39). Con relación a la escolaridad el nivel medio superior o bachillerato corresponde al 51.2% (n 21), seguido de estudios técnicos con el 29.3% (n 12), secundaria con un 12.2% (n 5), finalmente licenciatura 7.3% (n 3) (Tabla 1).

Datos Sociodemográficos			
Variable		N	%
Género			
Masculino		39	95.1%
Femenino		2	4.9%
Estado civil			
Unión Libre		20	48.8%
Soltero		17	41.5%
Casado		4	9.8%
Religión			
Católico		39	95.1%
T. de Jehová		1	2.4%
Ateo		1	2.4%
Escolaridad			
Bachillerato		21	51.2%
E. Técnicos		12	29.3%
Secundaria		5	12.2%
Licenciatura		3	7.3%

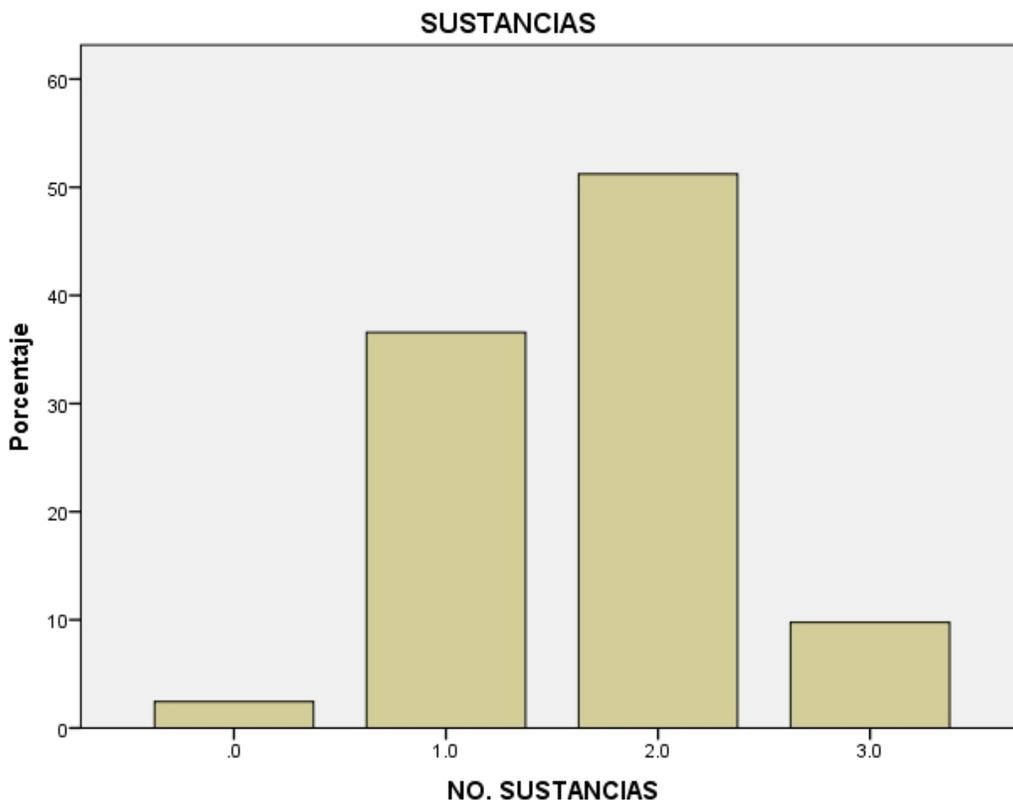
Tabla 1: Datos sociodemográficos

Escala ASSIST

De acuerdo a la escala de ASSIST, el consumo de sustancia del rubro alguna vez en la vida, se vio una frecuencia de 7 sustancias con un 29.3% (n 12), seguido de 6 sustancias con un 14.6% (n 6), finalmente una media de consumo de 6.17 sustancias alguna vez en la vida (Gráfica 2).



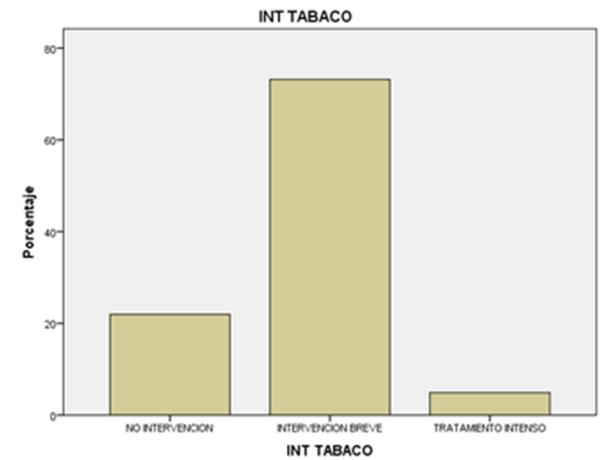
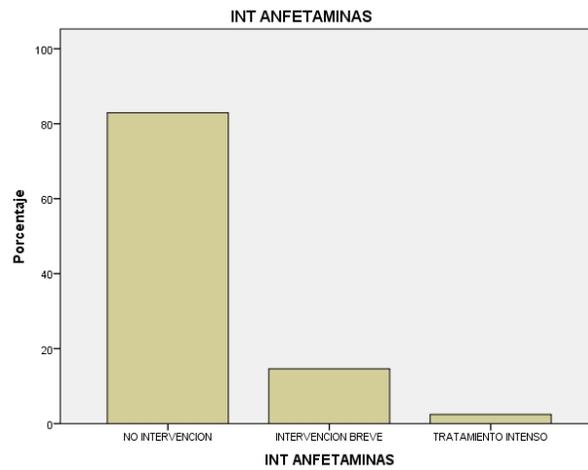
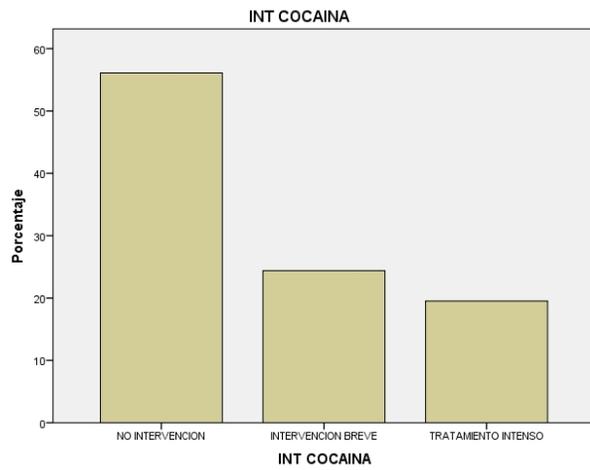
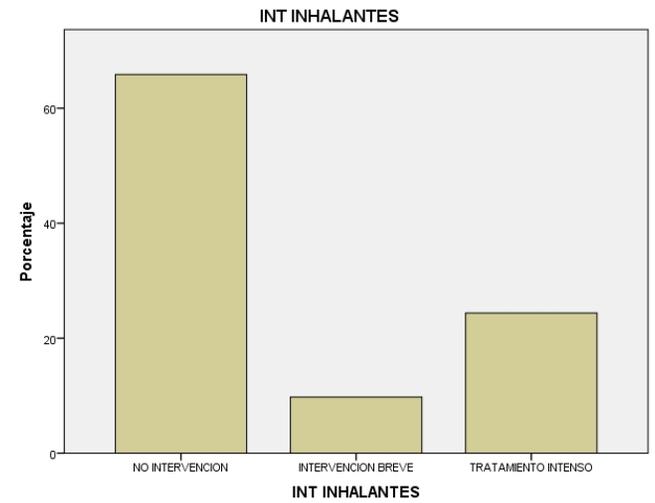
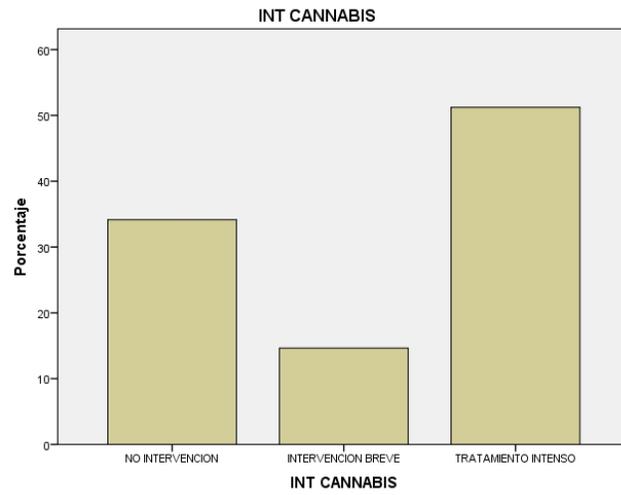
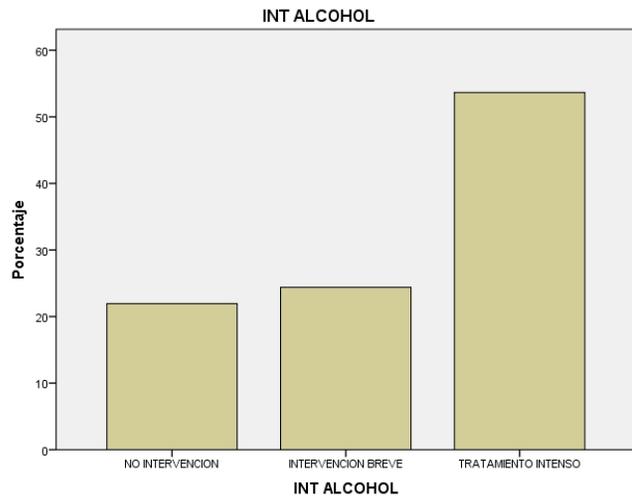
Gráfica 2: Sustancias consumidas alguna vez en la vida



Gráfica 3: Número de sustancias y tipo de intervención en ASSIST

Dentro de los últimos 3 meses se valoró las sustancias relacionadas a una intervención o tratamiento intensivo (puntuación >27 en ASSIST), siendo el más prevalente, el problema en el consumo de 2 sustancias con el 51.2% (n 21), seguida del problema en el consumo de 1 sustancia con el 36.6% (n 15), finalmente los que tuvieron problemas con el consumo de 3 sustancias correspondiente al 9.8% (n 4), con una mediana de 2 y una media de 1.683 (Gráfica 3).

Posterior se realizó un estudio de cada una de las sustancias con el tipo de intervención de acuerdo a la escala ASSIST, donde se pudo mostrar de manera gráfica, cuales son las sustancias que requieren de un tratamiento intensivo, frente a las que solo requerían de una intervención breve, dentro de las sustancias de mayor impacto están el alcohol con el 53.7% de toda la muestra (n 22), siendo más de la mitad de la muestra con la que se realizó el estudio, seguido de la cannabis con el 51.2% (n 21), posterior inhalantes con 24.4% (n 10) y la cocaína con 19.5% (n 8), resultados parecidos a los obtenidos en la ENCODAT 2016 (12) en el caso de dependencia a sustancias, otro punto que debemos mencionar es que aunque en las gráficas siguientes en el caso de consumo de anfetaminas y tabaco el porcentaje no parece relevante, en el caso del tabaco los usuarios que requirieron de una intervención intensa fueron el 4.9%(n 2), pero los que requirieron una intervención breve fueron 73.2% (n 30), lo que nos habla que aunque el consumo con es considerado como una problema grave en el caso de la escala ASSIST, si requiere de un seguimiento para evitar que progresen a una dependencia (Gráfica 4).

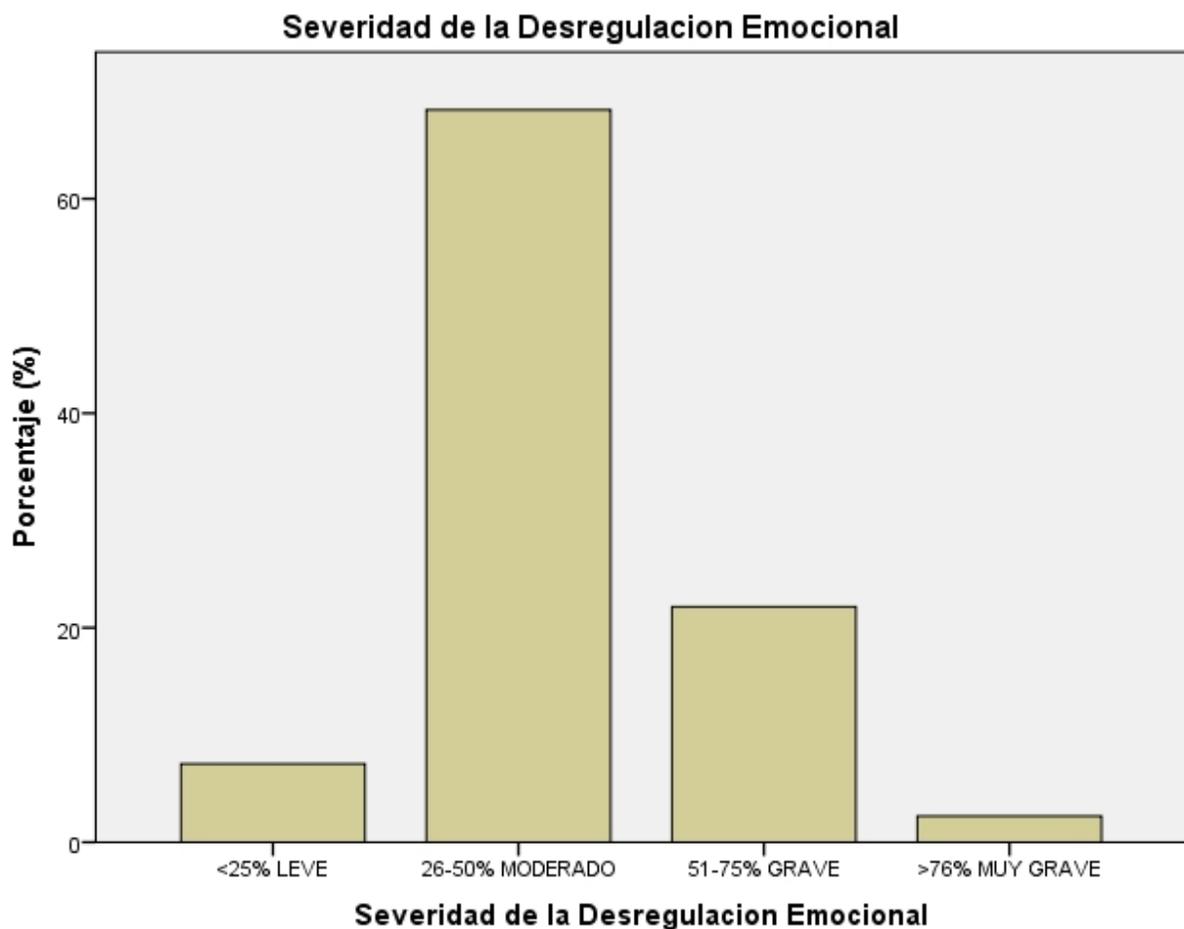


Gráfica 4: Tipos de intervención por sustancia

Finalmente en el caso de las anfetaminas el estudio muestra un que las intervención intensa solo se presentó en el 2.4 % (n 1) y requirieron de una intervención breve el 14.6 % (n 6), sin requerir una intervención el 82.9% (n 34), esto va acorde a el comportamiento geográfico del consumo de anfetaminas ya que el consumo de las anfetaminas se tiende a situar en el noreste de la República Mexicana

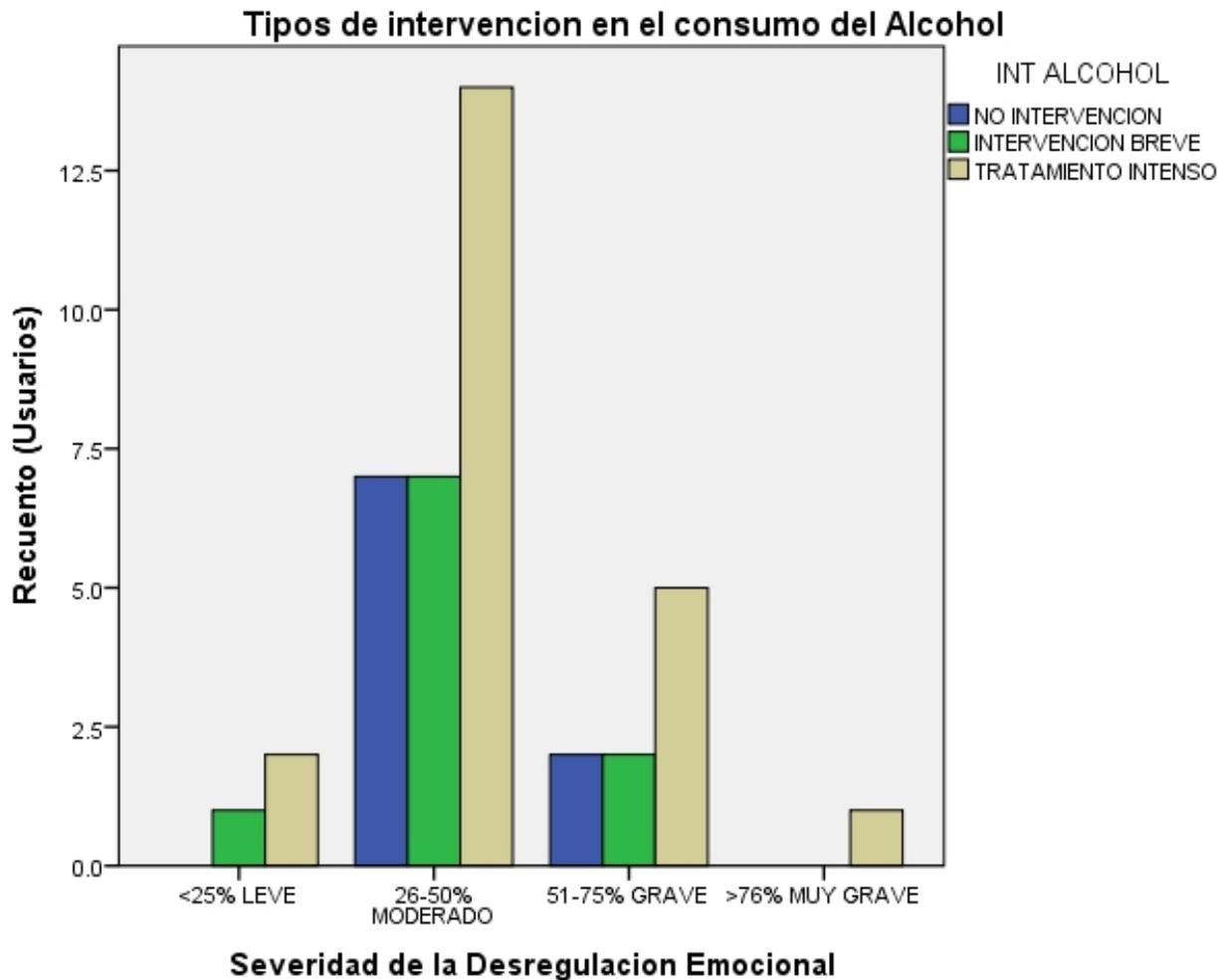
Escala de desregulación emocional (DERS-E)

Se formaron 4 grupos de acuerdo a la severidad de la desregulación emocional, posterior se vieron las frecuencias con los siguientes resultados, el 68.9% se ubican dentro del rango de severidad moderado (n 28), seguida del rango grave con 22% (n 9), severidad leve con 7.3% (n 3) (Gráfica 5).



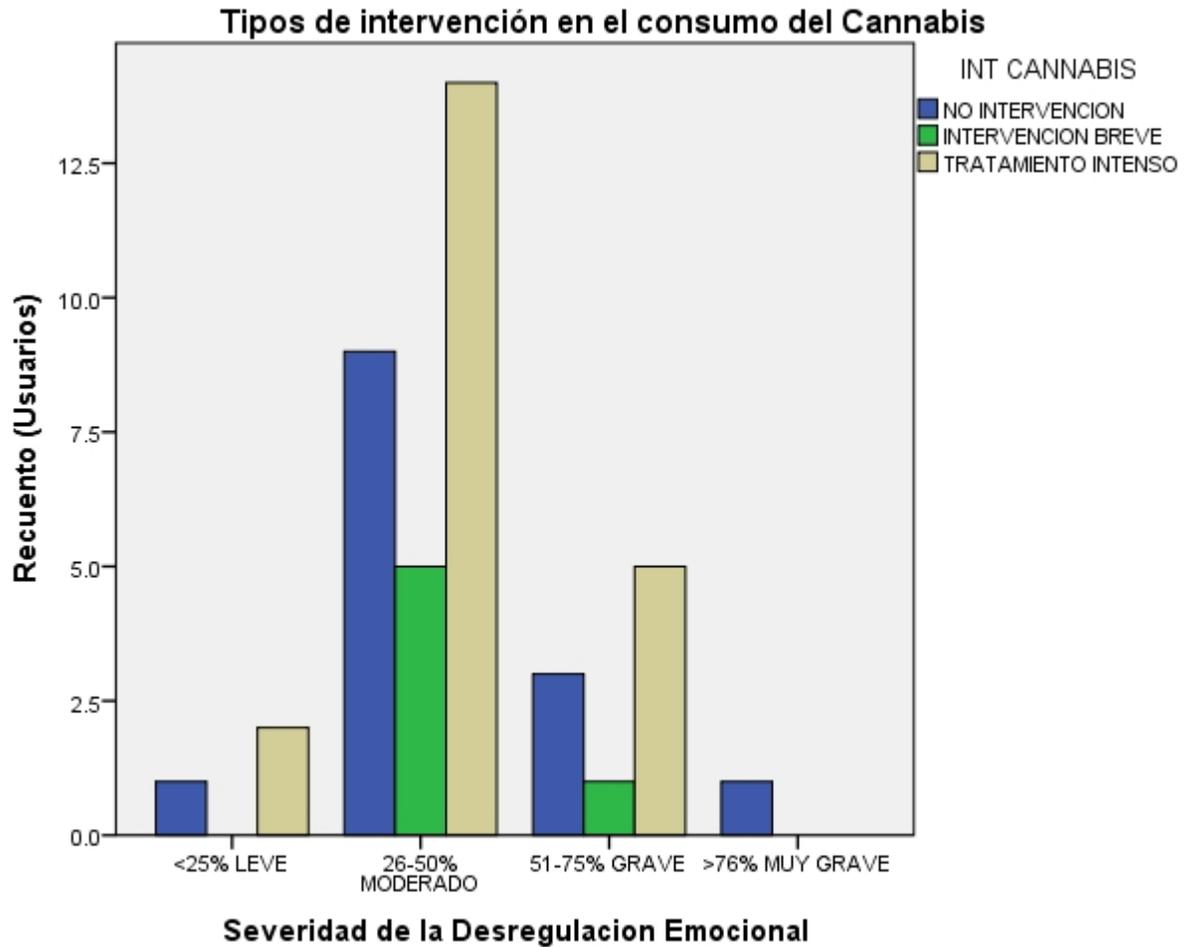
Gráfica 5: Tipos de intervención y severidad en la desregulación emocional

Al realizar la comparación de la gravedad por intervención de cada una de las sustancias con el grado de severidad de la desregulación emocional se encontró en el caso del *alcohol*, la población de consumidores se ubicó en el grupo de tratamiento Intenso que corresponde al 53% (n 22), ubicando en la severidad de la desregulación emocional de este grupo en moderada (n 14) y grave (n 5) (Gráfica 6).



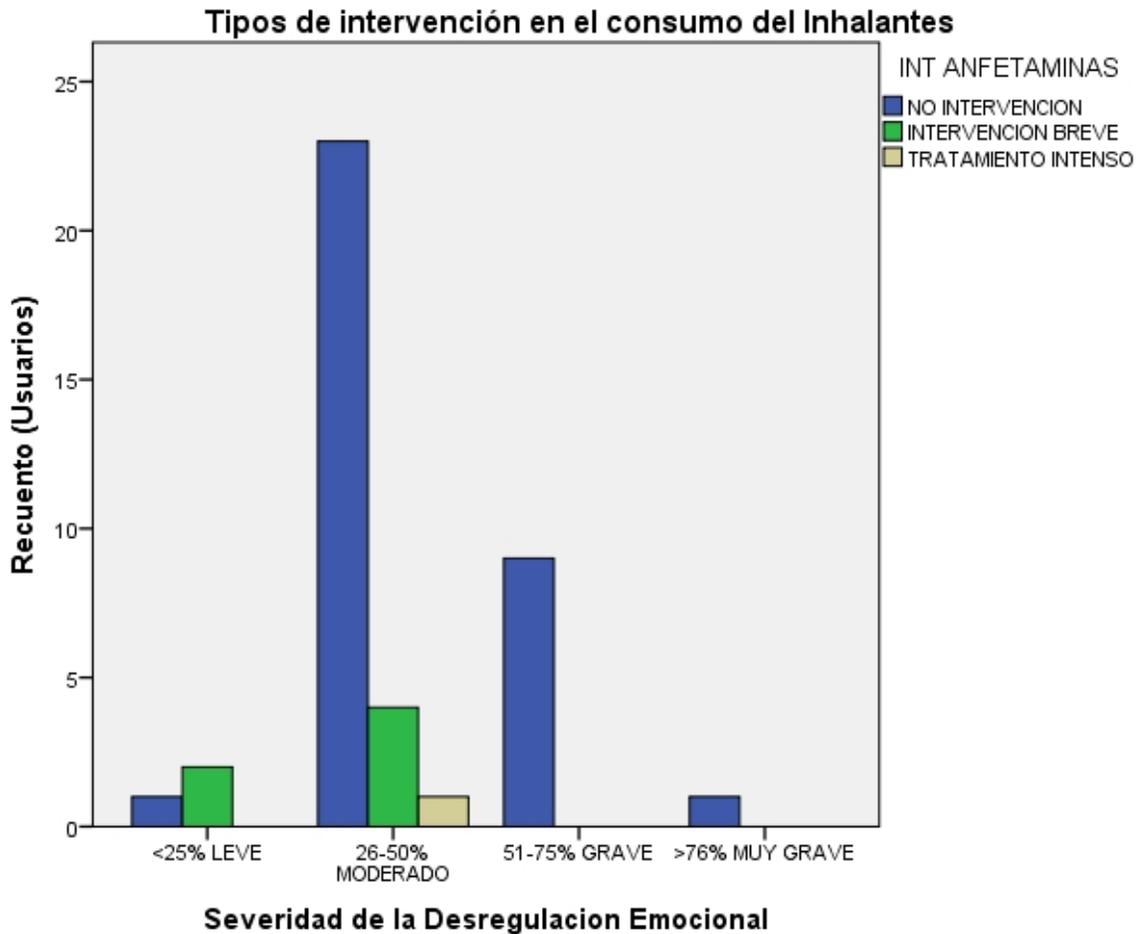
Gráfica 6: Intervención en el consumo de alcohol y severidad de la desregulación emocional

En cannabis, la población de consumidores se ubica en Tratamiento Intenso, corresponde al 51.2% (n 21), ubicándose en la severidad de la desregulación emocional en moderada (n 14) y grave (n 5) (Gráfica 7).



Gráfica 7: Tipos de intervención en cannabis y severidad en la desregulación emocional

Finalmente en el caso de inhalantes, la población de consumidores que se encuentra en tratamiento intenso que corresponde al 24.3% (n 10), ubicándose en la severidad de la desregulación emocional en moderada (n 8) y grave (n 2) (Gráfica 8)



Gráfica 8: Tipos de intervención en Inhalantes y severidad en la desregulación emocional

Posterior se realizó una asociación de la severidad para la desregulación emocional (DERS-E) y la gravedad en la intervención de acuerdo a la escala ASSIST, para cada una de las sustancias solo encontrando una correlación negativa en la intervención en el consumo de *tabaco* y la severidad de la desregulación emocional (r Spearman -0.358 , nivel de 0.05), encontrando la misma correlación con *anfetaminas* (r Spearman -0.365 significancia 0.05),

hipnóticos sedantes (r Spearman -0.380, nivel 0.05), *alucinógenos* (r Spearman -0.375, nivel 0.05), finalmente *opiáceos* (r Spearman -0.444, nivel 0.01) (Tabla 2)

Correlación ASSIST y DERS	
Correlación	r Spearman / Significancia
INT. TABACO	-.358 .022
INT. ALCOHOL	.018 .912
INT. CANNABIS	-.072 .655
INT. COCAÍNA	-.226 .156
INT. ANFETAMINAS	-.365 .019
INT. INHALANTES	.029 .856
INT. SEDANTES	-.380 .014
INT. ALUCINÓGENOS	-.375 .016
INT. OPIÁCEOS	-.444 .004
INT. OTROS	-.247 .119

Tabla 2: R de Spearman para intervención de sustancias y severidad en la desregulación emocional

Se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas en la población muestra para la desregulación emocional y las intervenciones en el consumo de sustancias, comparando las medias de cada una de las intervenciones y su desviación estándar, con las medianas de cada una de las intervenciones y los rangos intercuartiles, finalmente se hace una contrastación de hipótesis, en la cual no es significativa para ninguna de las intervenciones, por lo que no se pueden realizar inferencias (Tabla 3).

SEVERIDAD DE LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL

SUSTANCIAS	No Paramétrico	Paramétrico	Contraste de hipótesis
INTERVENCIÓN EN TABACO	41 RIC: 41- 41	0.82 DE:±0.49	0.807
INTERVENCIÓN EN ALCOHOL	0 RIC: 0- 0	1.31 DE: ±0.81	0
INTERVENCIÓN EN CANNABIS	0.097 RIC: 0.121 - 0.097	1.17 DE: ±0.91	0
INTERVENCIÓN EN COCAÍNA	0 RIC: 0- 0	0.63 DE: ±0.79	0.169
INTERVENCIÓN EN ANFETAMINAS	0.436 RIC: 0.399 - 0.374	0.19 DE: ±0.45	0.063
INTERVENCIÓN EN INHALANTES	0 RIC: 0- 0	0.58 DE: ±0.86	0.493
INTERVENCIÓN EN SEDANTES	0 RIC: 0- 0	0.17 DE: ±0.44	0.042
INTERVENCIÓN EN ALUCINÓGENOS	0 RIC: 0- 0	0.12 DE: ±0.39	0.06
INTERVENCIÓN EN OPIÁCEOS	RIC: -	0.09 DE: ±0.43	0
INTERVENCIÓN EN OTROS	RIC: -	0.09 DE: ±0.37	0.286

Tabla 3: Pruebas estadísticas ASSIST y DERS-E

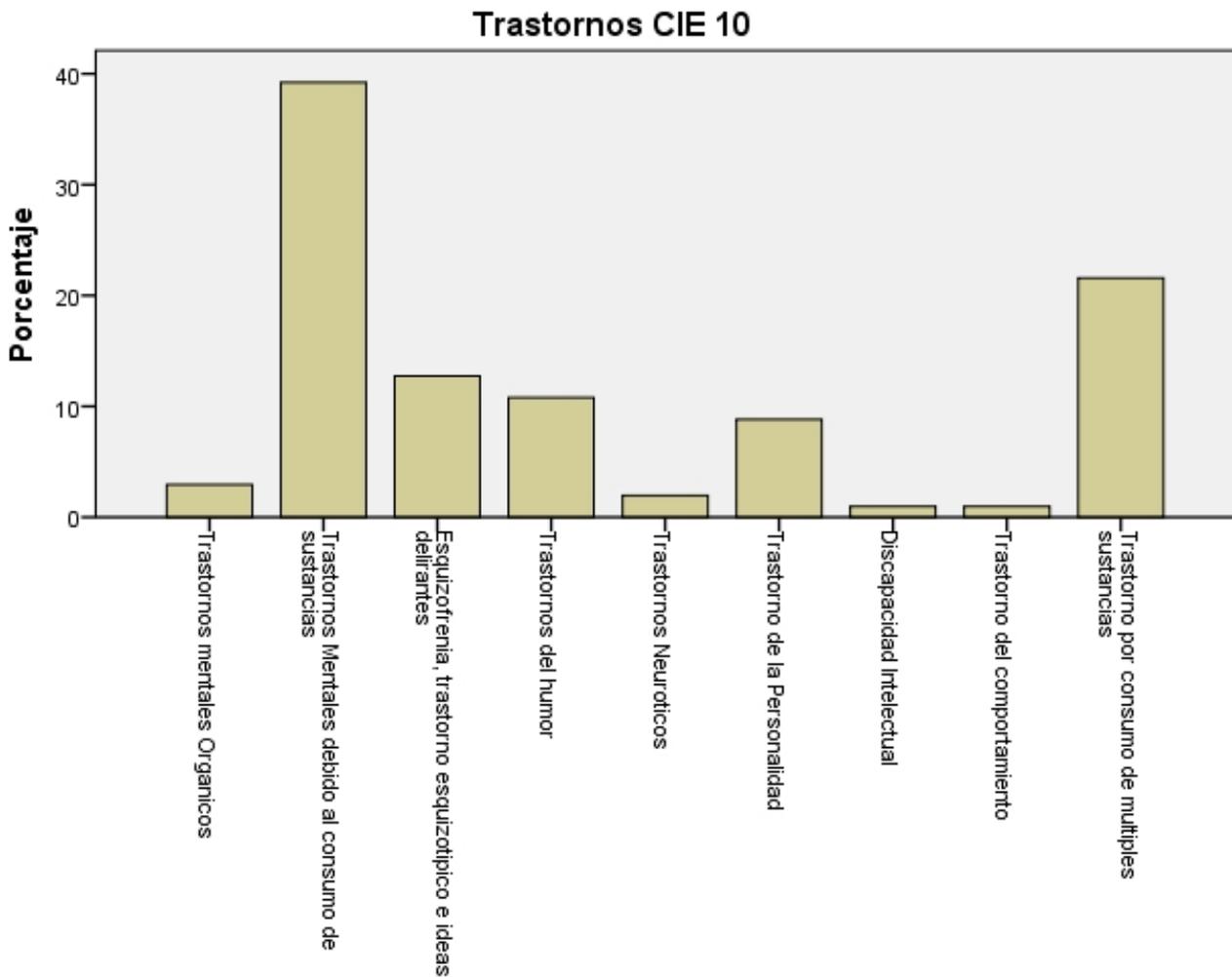
Trastornos Psiquiátricos

Se registraron los diagnósticos de cada uno de los participantes de este estudio siendo como máximo 3 codificaciones de acuerdo a la CIE 10, uno de ellos relacionado a un padecimiento psiquiátrico mayor o de Eje I, siendo el resto relacionados al consumo de sustancias; ya que los diagnósticos fueron variados, se agruparon en síndromes de acuerdo a la codificación de la CIE 10 que se mencionara a continuación.

- Agrupación de las patologías más prevalentes en el servicio de CLINPAD
 1. F00 - F09 Trastornos mentales Orgánicos
 2. F10 - F19 Trastornos Mentales debido al consumo de sustancias
 3. F20 - F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico e ideas delirantes
 4. F30 - F39 Trastornos del humor
 5. F40 - F49 Trastornos Neuróticos
 6. F60 - F69 Trastorno de la Personalidad
 7. F70 - F79 Discapacidad Intelectual
 8. F90 - F98 Trastorno del comportamiento
 9. F19.5 *Trastornos Psicótico secundarios al consumo de múltiples sustancias**

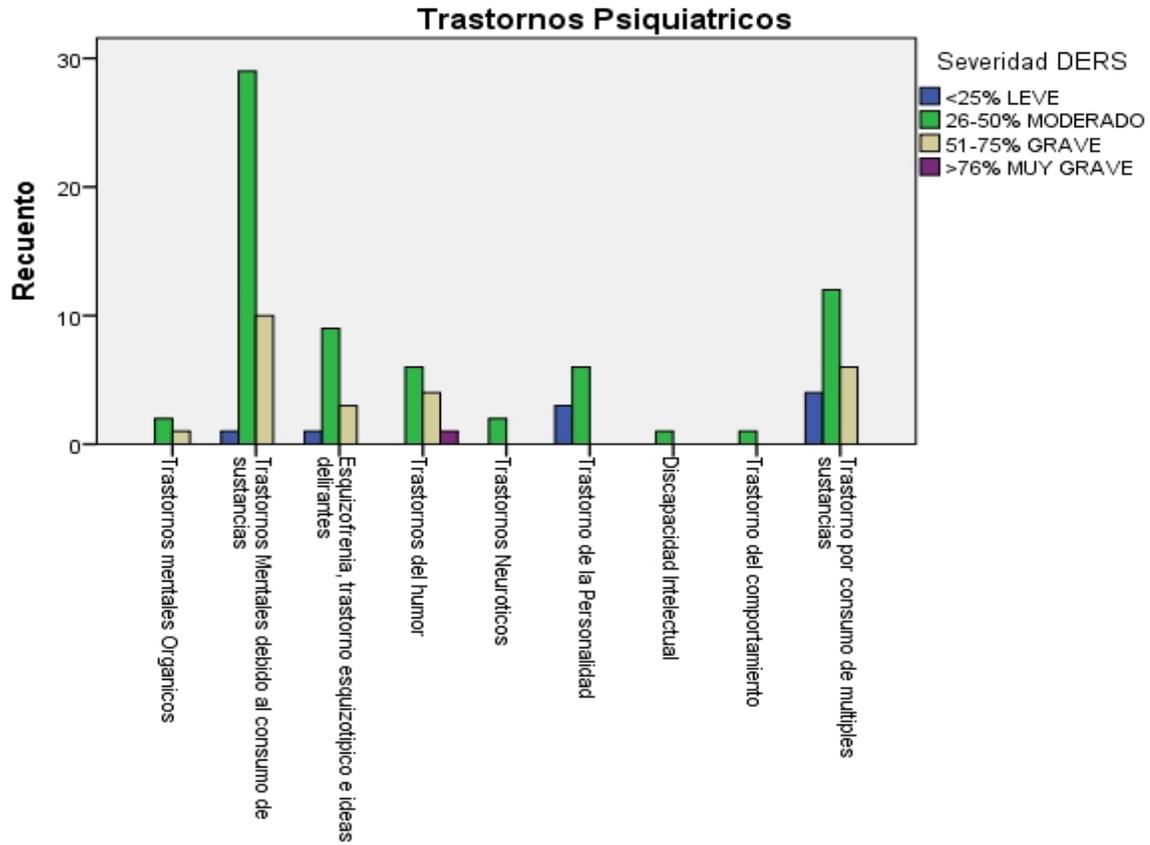
Se realizó un grupo específico para el Trastorno psicótico secundario al consumo de sustancias con codificación F19.5, debido a su alta prevalencia y que puede ser un diagnóstico agregado a los mencionados en los “trastornos debido al consumo de sustancias” (F10-F19), por lo que podría ser redundante y estadísticamente generar error.

Se encontró que los diagnósticos más frecuentes fueron, los trastornos Mentales debido al consumo de sustancias con el 97.5% (N 40), seguido del trastorno psicótico secundario al consumo de múltiples sustancias con el 53.6% (N 22), Esquizofrenia con el 31.7% (N 13), trastornos del humor con el 26.8% (N 11) y trastornos de la personalidad con el 21.9%(N 9) (Gráfica 9)



Gráfica 9: Frecuencia de patologías psiquiátricas

Se vio la frecuencia de las categorías formadas con la codificación CIE 10 y la severidad de la desregulación emocional, donde se encontró que de los usuarios ubicados en la severidad Grave, el 41.6 % corresponden a Trastornos debido al consumo de sustancias (N 10), seguido de Trastorno psicótico secundario al consumo de sustancias con 25% (N 6) y Trastornos del Humor con el 16.6% (N 4) (Gráfica 10).



Gráfica 10: Correlación de Trastornos Psiquiátricos y Severidad en la Desregulación Emocional

Se buscó la relación entre los padecimientos psiquiátricos y la severidad de la desregulación emocional, donde no se encontró una relación causal estadísticamente significativa (Chi-Cuadrada .367, nivel 0.46) (Tabla 4).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25.735	24	.367
Razón de verosimilitud	24.027	24	.460

Tabla 4: Prueba chi cuadrada para trastornos psiquiátricos y desregulación emocional

Discusión

Uno de los puntos más importantes para la clínica es la descripción de las características de las diferentes poblaciones, con la finalidad de que puedan ser comparadas y contrastada con la población general.

La muestra de este estudio siguió el comportamiento de la población general en relación al género, el estado civil y la funcionalidad laboral, de acuerdo a los datos presentados en la Encuesta Nacional de consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT (12).

La edad de la población de estudio presentó una media de 28.2 años, colocando la mayoría de los participantes en el grupo de 21-25 años, observándose en otros estudios una media de 37.1 años dentro de instituciones psiquiátricas (36), lo que nos pareció relevante por el hecho de que las edades encontradas en el servicio de CLINPAD son menores a los presentados en otros estudios, siendo probable la influencia de la patología psiquiátrica primaria para el inicio precoz del consumo de sustancias.

Dentro de las frecuencias de los trastorno psiquiátricos, el más frecuente fue "Trastornos mentales debido al consumo de sustancias" seguido del "Trastorno psicótico secundario al consumo de sustancias", resultados que esperábamos debido a las características de la Clínica de Patología Dual, además de las características del hospital, una diferencia sustancias con la literatura donde se comenta una relación cercana con padecimientos más prevalentes en población general como la depresión y ansiedad (7)(22), las cuales quedaron en cuarto y séptimo lugar respectivamente.

En cuanto al comportamiento de la escala ASSIST, en el rubro de consumo alguna vez en la vida, se mostró una frecuencia de consumo de 7 sustancias, las cuales pueden ser de manera experimental, sin embargo, en este grupo el 27.2% se convertirán en pacientes que requerirán una atención intensiva secundaria a una dependencia a sustancias, contrastando con la ENCODAT 2016 (12) donde los usuarios que generaran una dependencia al consumo de sustancias representa el 2.2% de la población general, esto se debe a la población estudio de la clínica de patología dual.

Dentro de las sustancias que requirieron de un tratamiento y seguimiento intensivo se encontraron, en orden de presentación, el Alcohol, los Inhalantes y el Cannabis, algo que difiere de la Encuesta Nacional publicada en 2016 (12), donde el consumo de inhalantes no tiene una frecuencia tan marcada, esto puede ser debido a que la muestra en este estudio es mucho más limitada, además de que la población es sumamente específica.

En el caso de la desregulación emocional, se esperaba una relación entre el consumo de sustancias y la desregulación emocional, pero no tuvo una significancia estadística suficiente, lo que se observo es una tendencia de la desregulación emocional a la severidad grave, principalmente en consumidores de Alcohol, Cannabis e Inhalantes, concordando con la literatura en cuanto a los *mecanismo para el control de déficit por el empleo de estrategias compensatorias y contraproducentes* (37).

En cuanto a los resultados de correlación entre cada una de las sustancias y la desregulación emocional, se encontraron correlaciones negativas, para anfetaminas, hipnóticos sedantes, alucinógenos y opiáceos; pero creemos que esto se debió a la cantidad de muestra participante y el tipo de paciente de la clínica.

Finalmente en la correlación de las patologías mentales con la desregulación emocional no se encontró una relación estadística, aunque si una tendencia a la severidad grave de los trastornos psicóticos secundarios al consumo de sustancias y trastornos del humor.

Conclusiones

En las patologías psiquiátricas y más en comorbilidad con el consumo de sustancias (PD), las habilidades en la regulación de las emociones juega un papel fundamental; aunque el estudio no pudo permitirnos realizar una inferencia con la población general debido al tamaño de la muestra, si es importante mencionar las tendencias que se presentaron, como es *el grado de severidad mayor*, en múltiples sustancias (alcohol, cannabis y solventes), que va en consonancia con las intervenciones más graves en el consumo; por lo que vemos pertinente continuar estudiando los modelos de la regulación y el procesamiento emocional como una alternativa más en el manejo de los pacientes con patologías psiquiátricas que acuden al consumo de sustancias como una manera de contender con estos estresores

Finalmente creemos que la utilidad del estudio que realizamos, se encuentra en mostrar las bases del tratamiento psicoterapéutico, que se están utilizando en manejos como la terapia cognitivo conductual (23)(24) aunado al seguimiento farmacológico.

Alcances y limitaciones

La investigación en pacientes con consumo de sustancias tiende a ser complicada ya que en muchos de los casos, la constancia en el apego y el seguimiento del tratamiento tiende a perderse con mayor facilidad, más que en otras patologías de la salud; uno de los factores que apoyo la evaluación de estos pacientes son las características de la clínica en la que realizamos el estudio (CLINPAD), ya que la estructura que genera en el paciente forma parte del manejo y pertenencia a este servicio.

Sugerimos continuar investigando más en el tema del consumo de sustancias ya que es una población vulnerable y como anteriormente lo hemos mencionado, algo que va en aumento, por lo que estudiar la regulación emocional y a posterior generar herramientas en estos pacientes, podría ser una alternativa más al tratamiento integral de las adicciones.

Bibliografía

1. Marín Navarrete R, Szerman N, Marín Navarrete R, Szerman N. Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*. diciembre de 2015;38(6):395–396.
2. Lazarus RS. *Emotion and adaptation* [Internet]. New York: Oxford University Press; 1991. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10087177>
3. Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, the ITINERE Investigators*. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. febrero de 2008;103(2):284–293.
4. Torrens M, Serrano D, Astals M, Pérez-Domínguez G, Martín-Santos R. Diagnosing Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Abusers: Validity of the Spanish Versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*. julio de 2004;161(7):1231–1237.
5. Benito Moraga R. *Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida: infancia-adolescencia-madurez*. Madrid: Draft; 2008.
6. Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*. diciembre de 2008;20(4):315.
7. Bobes García J. *Valoración de la gravedad de la adicción aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Barcelona: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2008.
8. McNiel DE, Binder RL. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*. octubre de 1991;148(10):1317–1321.
9. Verdejo-García A. Efectos neuropsicológicos del consumo de cannabis. *Trastornos Adictivos*. julio de 2011;13(3):97–101.
10. Torres G, Fiestas F. Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. marzo de 2012;29:127–134.
11. Reynales-Shigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano-Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. México DF, México: INPRFM, 2012. INPRFM: Mexico; 2012.
12. Romero M, Gutiérrez JP, Franco A, Villatoro J, Fleiz C, Ito DAF, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Resumen Metodológico. Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud [Internet]. 2017 [citado el 24 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.32871.85921>
13. Villatoro Velázquez JA, Mendoza Meléndez MA, Moreno López M, Robles NO, Fregoso Ito D, Bustos Gamiño M, et al. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud mental*. octubre de 2014;37(5):423–435.

14. Organization WH. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen. 2004;
15. Méndez Díaz M, Torres R, M B, Cortés Morelos J, Contreras R, E A, et al. Neurobiología de las adicciones. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2017;60(1):6–16.
16. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hospital & Community Psychiatry. julio de 1990;41(7):761–770.
17. Taylor PJ, Gunn J. Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. British Medical Journal (Clinical Research Ed). junio de 1984;288(6435):1945–1949.
18. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. Journal of Abnormal Psychology. 1997;106(1):95–103.
19. Gross JJ. Emotion Regulation: Past, Present, Future. Cognition & Emotion. septiembre de 1999;13(5):551–573.
20. Heimpel SA, Wood JV, Marshall MA, Brown JD. Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. Journal of Personality and Social Psychology. 2002;82(1):128–147.
21. Silva C. J. Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. Revista chilena de neuro-psiquiatría [Internet]. septiembre de 2005;43(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
22. Torres GH. Psicopatología de la regulación emocional: en papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud. 2011;(2):347–372.
23. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradolí V, Morales Gallús E. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Trastornos Adictivos. el 1 de julio de 2004;6(3):159–66.
24. Llorente Del Pozo J, Iraurgi-Castillo I. Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. Trastornos Adictivos. el 1 de octubre de 2008;10(4):252–74.
25. Hayes SC, Follette VM, Linehan M. Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition. Guilford Press; 2004.
26. Guttman H, Laporte L. Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. Comprehensive Psychiatry. diciembre de 2002;43(6):448–455.
27. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. marzo de 2004;26(1):41–54.
28. Guzmán-González M, Trabucco C, Urzúa M A, Garrido L, Leiva J. Validez y Confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. Terapia psicológica. abril de 2014;32(1):19–29.

29. Tejeda MM, García RR, González-Forteza C, Palos PA. Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 2012;35(6):521–526.
30. WHO \textbar The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test [Internet]. [citado el 25 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/
31. Sainz MT, Rosete-Mohedano MG, Rey GN, Vélez NAM, García SC, Cisneros DP. Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*. marzo de 2016;28(1):19–27.
32. Soto-Brandt G, Huidobro RP, Artigas DH, Rivera-Rei Á, Escobar MJ, Guzmán NS, et al. Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*. 2014;26(4):291–302.
33. Villamil Salcedo V, Valencia Collazos M, Medina-Mora Icaza ME, Juárez García F. Validación de la prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT) en pacientes Mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. octubre de 2009;26:283–289.
34. Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz Bautista C, Moreno López M, Oliva Robles N, Bustos Gamiño M, et al. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud mental*. diciembre de 2012;35(6):447–457.
35. Galicia JF, Gonzalez CJC. Aspectos epidemiológicos de la práctica hospitalaria en México: la morbilidad atendida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez 2003-2010. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. 2012;11(3):90–96.
36. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Eliosa-Hernández A, Nanni-Alvarado R, Ayala-Ledesma M, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*. diciembre de 2013;36(6):471–479.
37. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte-Villamor I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013;25:118.