



**UNIVERSIDAD
DON VASCO**

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN NO. 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Escuela de Psicología

**DIFERENCIA EN LA ANSIEDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES
INTERNOS EN TRES CENTROS DE REHABILITACIÓN DE
URUAPAN, MICHOACÁN.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Zaira Yadira Sánchez Virrueta

Asesora: Lic. Perla Lizbeth Uribe Carmona

Uruapan, Michoacán. 23 de septiembre de 2014.



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

Agradezco a mis padres, Roberto Sánchez y Laura M. Virrueta, por brindarme siempre su confianza y apoyo total en cada etapa de mi vida, por impulsarme a dar siempre lo mejor de mí y porque sin ellos no hubiera sido posible llegar hasta este momento.

A mis hermanas, Cinthya y Valeria, por creer en mí y estar siempre presentes. A mi primo, Javier Virrueta, quien me apoyó y animó en todo momento hasta concluir este proyecto.

A toda mi familia, por su confianza y porque, de alguna manera, siempre me apoyaron durante mi carrera.

A mi novio, José A. Huitrón, quien estuvo conmigo desde el comienzo y no solo en los mejores momentos.

Gracias a mis profesores, en especial a mi asesora y maestra, Lic. Perla Lizbeth Uribe Carmona, por su paciencia y enseñanza que me brindó durante toda la carrera, incluyendo la elaboración de la tesis.

Agradezco a Dios, por permitirme llegar hasta este momento y cumplir una más de mis metas.

INDICE

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	9
Pregunta de investigación.....	10
Hipótesis.....	10
Operacionalización de las variables.....	11
Justificación.....	12
Marco de referencia.....	14

Capítulo 1. Ansiedad.

1.1. Definiciones de ansiedad.....	23
1.2. Historia del estudio de la ansiedad.....	25
1.3. Sintomatología de la ansiedad.....	27
1.3.1. Criterios del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV	30
1.4. Diferencia entre ansiedad, fobias y estrés.....	32
1.4.1. Estrés.....	32
1.4.2. Fobia.....	34
1.5. Diferencias de género.....	36
1.6. Factores que generan la ansiedad.....	38
1.6.1. Biológicos.....	38
1.6.2. Ambientales.....	39
1.6.3. Familiares.....	40
1.6.4. Socioeconómicos.....	40
1.6.5. Laborales.....	41

1.6.6. Abuso de sustancias.....	41
1.6.7. Médicos.....	42
1.6.8. Estresantes.....	43
1.7. Consecuencias de la ansiedad.....	44
1.7.1. Familiar.....	45
1.7.2. Laboral/Escolar.....	45
1.7.3. Social.....	46
1.7.4. Salud.....	46
1.8. Prevención de la ansiedad.....	47
1.9. Tratamiento de la ansiedad.....	49

Capítulo 2. Adicciones.

2.1. Definición.....	52
2.1.1. Uso, abuso y adicción.....	53
2.2. Desarrollo de una adicción.....	56
2.3. Sintomatología de la adicción del DSM-IV.....	58
2.4. Factores que generan la adicción.....	60
2.4.1. Familiares.....	63
2.4.2. Sociales.....	64
2.4.3. Hereditarios.....	64
2.5. Diferencias de género en adicciones.....	65
2.6. Consecuencias de las adicciones.....	66
2.6.1. Consecuencias a corto plazo.....	67
2.6.2. Consecuencias a largo plazo.....	70
2.7. Prevención de las adicciones.....	73
2.8. Tratamiento de las adicciones.....	76

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1. Descripción metodológica.....	81
3.1.1. Enfoque.....	82
3.1.2. Tipo de estudio.....	82

3.1.3. Tipo de diseño.....	83
3.1.4. Alcance.....	84
3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	84
3.2. Población y muestra.....	85
3.3. Descripción del proceso de investigación.....	86
3.4. Análisis e interpretación de resultados.....	89
3.4.1. Comparación de género de ambos tipos de ansiedad.....	90
3.4.1.1. Comparación de ansiedad rasgo.....	91
3.4.1.2. Comparación de ansiedad estado.....	92
3.4.2. Comparación por edad y género de ambos tipos de ansiedad.....	93
3.4.2.1. Comparación de ansiedad rasgo.....	94
3.4.2.2. Comparación de ansiedad estado.....	97
3.4.3. Diferencias significativas entre hombres y mujeres.....	99
Conclusiones.....	101
Bibliografía.....	105
Otras fuentes de información.....	108
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo conocer la diferencia que existe en cuanto a la ansiedad que se presenta en hombres y mujeres que se encuentran internos en un centro de rehabilitación. Para tal finalidad, se hablará acerca de la ansiedad y la adicción, sus causas, consecuencias y tratamientos existentes para ayudar a estas personas a mejorar su calidad de vida.

Antecedentes

A lo largo de la historia, algunas civilizaciones comenzaron a utilizar diferentes tipos de drogas con fines medicinales, religiosos o tradicionales, una de ellas era el opio, la cual se utilizaba con la intención de quitar el dolor, pero que también causaba alucinaciones, náuseas y vómitos. Actualmente, el ser humano ha consumido distintos tipos de drogas, por motivos desde curativos o tradicionales y religiosos, hasta por cuestiones sociales, como aceptación en un grupo, curiosidad, entre otras. Esta situación, sin importar la causa, ha llevado a los individuos a hacerse dependientes de la droga que consumen. Debido a esto y a los efectos que provoca, actualmente las adicciones son una enfermedad cuyo índice se ha incrementado, al igual que su gravedad, por lo que en algunos casos es necesaria la medicación y el internamiento en un centro de rehabilitación para la recuperación del sujeto que presenta este padecimiento.

Los centros de rehabilitación fueron creados con la intención de provocar un cambio positivo en la vida del adicto, privándolo de su libertad para evitar que siguiera consumiendo sustancias que resultan dañinas para su salud y su bienestar social, laboral, familiar y personal. El encierro se clasifica en tres: el primero es de 30 días, el segundo de 30 días a tres meses y el tercero, puede extenderse hasta un año; para clasificar a los adictos en alguno de estos tres tipos de encierro, se debe tomar en cuenta qué tan arraigada es su adicción.

Las personas adictas experimentan distintos estados de malestar, que obstaculizan su recuperación, uno de esos es la ansiedad, la cual, además de ser un obstáculo en su tratamiento, puede llevar a los adictos a múltiples consecuencias.

Según el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975), la ansiedad se divide en dos modalidades: la ansiedad estado, que es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; el otro tipo se refiere a la ansiedad rasgo, la cual se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las discrepancias entre las personas en cuanto a la tendencia para responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado.

Debido a la variedad de situaciones sociales que se presentan actualmente, se ha optado por estudiar más acerca de la ansiedad y su relación con las adicciones.

En el año 2010, Nava realizó una investigación acerca de los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de adultos del Hospital General de Uruapan, Michoacán, quien cumplió el objetivo principal de establecer el nivel de ansiedad de los pacientes que se encuentran hospitalizados, aplicando un inventario de Ansiedad Rasgo – Estado.

Dicha investigación se realizó en diferentes áreas del hospital y los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

En el área de medicina interna, cuyo objetivo es el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan sus órganos y sistemas internos, se identificó que los niveles de ansiedad en los pacientes corresponden a un 29% superior al término medio, un 57% en nivel normal, mientras que un 7% corresponde al nivel inferior al término medio, al igual que el nivel muy bajo.

Otra de las áreas de investigación fue la especialidad médica, a la que le compete el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, donde sí es necesaria la intervención quirúrgica. En esta área se obtuvieron resultados que indican que el 36% de los pacientes, se encuentra en un nivel normal de ansiedad, el 4% de la población presenta un nivel de ansiedad muy alta; el 24%, alta; el 16%, superior al

término medio; el 4%, inferior al término medio y el 8%, baja, al igual que la población con nivel de ansiedad muy baja.

Los pacientes del área de traumatología del Hospital General de Uruapan, Michoacán, manifestaron que el nivel de ansiedad alto corresponde al 27%, 18% es superior al término medio, 28% presenta un nivel normal y los niveles inferiores al término medio, bajo y muy bajo, corresponden al 9%.

Otra investigación se realizó en el año 2010, la cual hizo referencia acerca de la evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar, en fumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo, la cual fue realizada por Marqueta y colaboradores.

Su objetivo fue conocer la evolución de la ansiedad a lo largo del proceso de cesación tabáquica (tres meses), en pacientes que solicitan tratamiento para dejar de fumar y su posible valor pronóstico en la recaída.

La muestra de esta investigación estuvo compuesta por 569 fumadores: 288 hombres y 281 mujeres, que solicitaron tratamiento para dejar de fumar, en una Unidad de Tabaquismo especializada, en Zaragoza, España, entre los años 2005 y 2008.

A los sujetos que participaron en esta investigación se les realizó una historia clínica, con el fin de obtener datos acerca de su conducta en relación con su adicción

al tabaco, posteriormente se le aplicó el Test de Fagerström en la versión adaptada al castellano, formado por seis ítems, el cual evalúa el grado de dependencia a la nicotina en una escala de 0 a 10 puntos, situando la dependencia en baja (≤ 4), media (5-6) y alta (≥ 7). Para medir la ansiedad se utilizó el cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo STAI.

Al concluir esta investigación, se obtuvo como resultado que la ansiedad disminuye a lo largo del proceso de deshabituación y que este descenso se mantiene al dejar de fumar; se encontró diferencia entre hombres y mujeres respecto al nivel de ansiedad que presentan, ya que se obtuvo mayor puntuación de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el grupo de mujeres y en los sujetos que consumían psicofármacos, también se llegó a la conclusión de que los individuos que recaen en las primeras semanas, presentan niveles más altos de ansiedad.

Una tercera investigación fue realizada por García y Pérez, en 2006, en la Universidad Camilo José Cela, en Madrid, España, la cual tuvo como objetivo explorar la relevancia que la ira y la ansiedad tienen en el mantenimiento de la abstinencia alcohólica y la evitación de la recaída.

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 30 varones, miembros de un grupo de alcohólicos recuperados, con un rango de abstinencia que iba de los 6 días a los 34 años; la evaluación se realizó mediante dos escalas: para la ansiedad, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), de Tobal y Cano; para la ira, el Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo (STAXI 2), de Spielberger.

Los resultados obtenidos muestran que, en pacientes en recuperación, la abstinencia se relaciona inversamente con la tendencia a responder con ira, especialmente en situaciones injustificadas, y expresando tanto interna como externamente esa ira. También se muestra una ligera tendencia a relacionarse con la ansiedad interpersonal; se muestra también un efecto positivo del tiempo, donde a mayor periodo de abstinencia, se darían menos emociones negativas.

Estos datos llevaron a la conclusión de que la respuesta emocional de ira, especialmente en situaciones donde no se da causa justificada, y cuando hay una mayor expresión externa, así como la ansiedad en situaciones de interacción social, son variables que pueden tener un papel fundamental en el mantenimiento de la abstinencia.

En estas tres investigaciones se muestra la importancia de conocer acerca de la ansiedad, para saber intervenir o tomar alternativas que ayuden al manejo y disminución de esta característica, considerando que es un estado que se presenta en todas las personas y puede llegar a influir en el sujeto en mayor o menor medida, de manera positiva o negativa.

Planteamiento del problema

Las adicciones constituyen una enfermedad incurable muy antigua y grave, debido a que afectan a las personas en diversas áreas como: laboral, personal, familiar y social. Este problema todavía es una preocupación, ya que se ha

incrementado gradualmente sin diferencias de edad, sexo, culturas o clases económicas.

En el Ayuntamiento de Michoacán, el Coordinador de Prevención de Adicciones, ha reportado un incremento del 300% de abuso de sustancias, donde el 4.1 de este porcentaje prevalece en hombres, sin embargo, cada vez se presenta a mayor medida en jóvenes menores de edad. Debido a estas estadísticas, existen centros de rehabilitación cuyo objetivo consiste en ayudar a las personas que se encuentran en esta situación, a enfrentar su adicción, a tener un crecimiento personal y otorgarles un tratamiento para que, a través de un apoyo y un proceso, puedan mejorar su calidad de vida y así les sea posible a vivir sin adicciones. Para llevar a cabo el tratamiento, se toma en cuenta la cronicidad de la situación en la que se encuentra cada persona respecto a su adicción, el tiempo promedio dentro del centro de rehabilitación generalmente es de tres meses a un año; dentro de este lapso, los adictos experimentan diversas situaciones, entre las cuales se encuentra la ansiedad.

Esta condición mencionada es un estado de alerta que todas las personas experimentan y se requiere para funcionar en la vida diaria; puede presentarse de forma positiva o negativa y provocar en las personas malestar, conductas de inquietud, desesperación y angustia, además de tensión muscular y frecuencia cardíaca elevada. Dicho estado surge al experimentar algún suceso o situación diferente a lo acostumbrado o enfrentarse a una circunstancia nueva; si no es

controlada debidamente, puede representar un obstáculo para que el sujeto funcione de manera adecuada.

En los adictos, la ansiedad se puede presentar debido a la abstinencia que surge cuando se deja de consumir la sustancia en cuestión; en el encierro, el cual implica alejarse de la sociedad con la que el individuo convivía frecuentemente, además de la separación de sus padres y amigos, también puede presentarse una conducta ansiosa, por la resistencia a dejar la adicción o al tener que obedecer reglas nuevas. Se ha observado que la ansiedad en los hombres y mujeres que se encuentran internos en algún centro de rehabilitación, se presenta en menor o mayor medida, de acuerdo con el tiempo que tienen internos y el tiempo que llevan en abstinencia, sin embargo, los signos que presentan son similares: se muerden las uñas, tienen movimientos constantes de pies y manos, muestran agresividad y desesperación, comen y hablan rápido, además de consumir tabaco.

A pesar de estas similitudes, también se presentan signos diferentes entre cada género. En cuanto a la agresividad, por lo regular las mujeres no llegan a los golpes, sus peleas suelen ser solo de palabra, en cambio, los hombres responden con golpes; las mujeres suelen pintarse y despintarse las uñas constantemente, además de hacerse cortes de cabello ellas mismas, sin importar como les quede, mientras que los hombres, generalmente se muerden las uñas y mantienen sus manos en constante movimiento; incluso se presenta la masturbación entre los adictos en rehabilitación, la diferencia es que las mujeres se masturban entre ellas, pero en el género masculino se masturba cada quien por su cuenta.

De acuerdo con Arenas y Puigcerver (2009), generalmente la ansiedad se presenta más en mujeres que en hombres, pero en ambos sexos existen los mismos desencadenantes; estos signos y síntomas deben tomarse en cuenta por los encargados del centro de rehabilitación, para que esto no sea un factor que influya o incluso, impida el proceso de recuperación. Por lo tanto, el interés principal es identificar el estado de ansiedad que experimentan los adictos que se encuentran en el centro de rehabilitación y establecer la diferencia entre hombres y mujeres, para que el tratamiento sea el indicado, al igual, buscar métodos alternativos que ayuden al manejo de ansiedad y contribuyan a la recuperación.

Por lo cual anteriormente planteado, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe una diferencia significativa en la ansiedad rasgo-estado entre hombres y mujeres adictos internos en tres centros de rehabilitación de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Para conservar el rigor metodológico y encauzar debidamente los recursos disponibles para el estudio, se plantearon las siguientes directrices.

Objetivo general

Analizar la diferencia estadística en la ansiedad rasgo-estado entre hombres y mujeres adictos internos en tres centros de rehabilitación de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Explicar el concepto de adicciones.
2. Describir el proceso de intervención psicológica en adicciones.
3. Establecer el curso de la adicción en hombres y mujeres.
4. Explicar el concepto de ansiedad.
5. Describir las manifestaciones psicológicas, fisiológicas y sociales de la ansiedad.
6. Conocer las diferencias en la ansiedad rasgo-estado de acuerdo con las edades de los internos.
7. Medir la ansiedad rasgo-estado de los hombres y mujeres adictos por medio del uso del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE).

Pregunta de investigación

¿Existe una diferencia significativa en la ansiedad rasgo-estado entre hombres y mujeres adictos internos en tres centros de rehabilitación de Uruapan, Michoacán?

Hipótesis

De acuerdo con la bibliografía que se consultó inicialmente, en la presente indagación se plantearon dos explicaciones tentativas sobre la realidad esperada.

Hipótesis de trabajo

Existe diferencia estadística en la ansiedad rasgo-estado que se presenta entre hombres y mujeres adictos, internos en un centro de rehabilitación.

Hipótesis nula

No existe diferencia estadística en la ansiedad rasgo-estado que se presenta entre hombres y mujeres adictos, internos en un centro de rehabilitación.

Operacionalización de las variables

Para realizar la presente investigación, en cuanto a la variable denominada adicción, se tomó en cuenta a personas que se encontraban internas en centros de rehabilitación de la ciudad de Uruapan, Michoacán, con una estancia mínima de 45 días y un diagnóstico previo de adicción, de acuerdo con la historia clínica aplicada en el momento de ingreso a dicho centro.

En cuanto a la variable ansiedad, se midió con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) para conocer, de acuerdo con los resultados, el nivel de ansiedad que presentan ambos géneros en los dos tipos de ansiedad que la prueba permite examinar.

Justificación

Cuando una persona con problemas de adicciones, es encerrada en el centro de rehabilitación para propiciar su mejora, atraviesa por una serie de experiencias que influyen en su recuperación, entre las cuales se encuentra la ansiedad.

El llegar al lugar contra su voluntad, el separarse de su familia y compartir sus efectos personales y dormitorio con personas extrañas, las nuevas actividades que realiza, las diferencias que se van presentando entre los mismos internos y principalmente, el dejar de consumir una sustancia adictiva de un día para otro y saber que no podrá hacerlo, por lo menos mientras se encuentre dentro del centro de rehabilitación, son factores que probablemente le producirán ansiedad en un nivel alto, lo cual no favorece su recuperación, debido a que los síntomas que se presentan impiden el adecuado funcionamiento de las personas. De manera general, se puede identificar la ansiedad revisando los signos que presenta la persona, como elevación del ritmo cardiaco, sudoración, temblores, falta de aliento, inquietud motriz e incluso crisis de angustia. Estas manifestaciones no deben pasarse por alto, porque además de ocasionar consecuencias, pueden ser la causa por la que no se dé una completa recuperación.

Esta investigación puede ayudar a los internos del centro de rehabilitación, así como a los encargados, a detectar el estado de ansiedad que estos presentan y así determinar si están influyendo en la recuperación del individuo, o bien, considerar el empleo de métodos alternativos. Otra de las razones por la que es importante

conocer el estado de ansiedad, es para poder controlarlo, ya que puede traer consecuencias para los internos y quienes están a su alrededor, tales como peleas entre ellos o agresiones hacia los demás, heridas que pudieran resultar peligrosas o hasta el suicidio. Al experimentar la abstinencia y el encierro en el centro de rehabilitación, combinada con un nivel alto de ansiedad, puede llevar a los internos a buscar diferentes medidas para escapar del centro sin tomar en cuenta el riesgo de daños, que en el peor de los casos implica la muerte.

Dentro de las adicciones, la ansiedad tiene un papel primordial porque puede ser la causa principal del consumo de sustancias tóxicas, de modo que si se aprende a controlar el nivel de ansiedad, esta no funcionará de manera negativa y se aprenderá a emplearla en actividades que no dañen a la persona; es un estado que se debe conocer y diferenciar hasta qué punto está dentro de lo normal y no interferirá con las actividades de la vida diaria.

Además de la importancia que tiene el distinguir correctamente los niveles de ansiedad, es importante conocer la diferencia que existe al respecto entre hombres y mujeres adictos, debido a que las causas y las reacciones o consecuencias son diferentes. Generalmente la ansiedad prevalece en las mujeres, pero esto no quiere decir que los hombres no la experimenten, sin embargo la manifestación de signos y síntomas parece ser diferente y por lo tanto, el tratamiento también debe serlo.

Al concluir con esta investigación, se recopiló información suficiente que podrá ser tomada en cuenta para contribuir con diversas alternativas que favorezcan a la

sociedad en general y no únicamente a los adictos, debido a que la ansiedad se presenta en todas las personas.

Se podrán realizar programas para el control y manejo de ansiedad, así como métodos de prevención en personas no adictas, para que la ansiedad no sea un factor que los lleve al consumo de sustancias; en el caso de los adictos, la prevención consistiría en el manejo o disminución de la ansiedad para evitar recaídas. También se podrán aplicar tratamientos de acuerdo con el género, para obtener un mejor resultado en la rehabilitación.

Marco de referencia

La presente investigación se realizó en tres centros diferentes de rehabilitación, dos de ellos son femeniles y uno es varonil. A continuación se hace una breve descripción de cada uno de ellos.

El primer sitio es el centro de rehabilitación Agua Viva, es un centro enfocado al tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de adicciones, ingobernabilidad e incluso con problemas emocionales y psiquiátricos; sus bases están centradas en la religión cristiana, pero utilizan la psicoterapia individual, de grupo y terapia ocupacional, entre otros tipos de actividades. Está ubicado en la calle Tulipán #13, colonia La Mora y fue fundado por la directora actual, María Dolores Manzo Ávila, en el año 2007. Este centro es una Asociación Civil y no cuenta con

apoyo del gobierno, únicamente se sustenta de la mensualidad de las internas y de personas que les otorgan víveres, una vez al mes.

No existe un organigrama específico, pero el centro de rehabilitación cuenta con una directora, dos colaboradoras encargadas de oficina y dos vigilantes de planta, encargados de mantener el control y la seguridad dentro del centro.

Diariamente, las internas se levantan a las 6:30 a.m. para iniciar sus actividades, comienzan con su aseo personal y a las 7:00 a.m. tienen ejercicios aeróbicos, posteriormente se asignan deberes en la cocina y para lavar trastes; todas las internas realizan actividades de limpieza; después comienzan las pláticas, ya sea cristianas o psicológicas. A la 1:30 p.m. comen y por las tardes continúan con las actividades hasta las 9:30 p.m., hora en que las internas suben a dormir. Estas actividades se realizan de lunes a sábado, ya que el domingo se permite la entrada a familiares para que convivan con las internas.

El centro de rehabilitación no solo brinda tratamiento a las personas adictas, también funciona como casa de resguardo para personas canalizadas por seguridad pública.

La cantidad de mujeres que se encuentran en el centro cambia constantemente, pero generalmente no supera las 37 internas, donde se incluyen adictas a drogas, a alcohol, con comportamientos ingobernables y necesidades psiquiátricas. En el centro de rehabilitación se lleva un control de cada persona que

ingresa y egresa, se les realizan historiales clínicos tanto médicos como psicológicos, antidoping y pruebas de embarazo, además de estudios constantes por medio del Centro de Salud, con la intención de verificar que efectivamente las adictas no estén consumiendo drogas dentro del centro, además de verificar su estado de salud y descartar infecciones o cualquier otro tipo de enfermedad.

Esta institución cuenta con un reglamento que las internas deben seguir, aunque los encargados consideran que los castigos no son adecuados: si alguien viola alguna regla, se da una sanción, la cual consiste en lavar el piso con cepillo, pero sin dejar de lado una plática, con el fin de hacer entender a la infractora que lo que hizo está mal.

Este centro es una casa de dos plantas, cuentan con cinco cuartos en la planta alta donde duermen las internas (máximo seis por habitación, en cama individual, ya que no se les permite dormir juntas) y uno llamado cuarto verde, donde duermen las recién ingresadas que aún se encuentran bajo el efecto de alguna sustancia. En la planta baja se encuentra la oficina o dirección, el consultorio, la sala de visitas, la cocina, un baño y un espacio grande que es utilizado como comedor, sala de juntas o sala. En la parte de atrás, se encuentra un patio grande y un pequeño cuarto en el que duermen las enfermas psiquiátricas, con el objetivo de no mezclarlas y así evitar accidentes, ya que generalmente suelen ser agresivas o por lo contrario, las internas por adicciones o ingobernabilidad pueden abusar de ellas con malos tratos.

El segundo escenario de investigación es la clínica contra las adicciones “La Paz”, fue fundada en enero de 1999 por Alberto Mendoza Ramos, quien hasta ahora es el director. Actualmente, este centro se encuentra ubicado en Camino Viejo a Zumpimito #23, en la colonia Emiliano Zapata de Uruapan, Michoacán. Es una Asociación Civil que brinda servicios de recuperación para adictos a drogas, alcohol e ingobernabilidad a hombres, además de terapia familiar y grupal. Principalmente se basa en la religión cristiana, pero no se discrimina ni obliga a ninguna persona que pertenezca a alguna otra religión.

No pertenece ni es apoyada por ninguna institución de gobierno: para su mantenimiento cobran una cuota mensual, venden verdura en la parte de afuera de la clínica, además de pan hecho por los mismos internos, también reciben donaciones de personas ajenas al centro o que tienen algún familiar interno.

Se cuenta con un plan de trabajo, con el propósito de llevar un control de las actividades que deben realizarse diariamente, como encargados de oficina, a quienes se encomienda tener en orden dicha área, además de dar información; cocina, cuyas personas encargadas de esta área, realizan la comida para los internos y cuentan con ayudante para lavar trastes; los patrulleros son los encargados de ir a recoger a la persona que se encuentra en mal estado por drogas o alcohol y por la que la familia ha pedido apoyo; servicio de patio, las personas encargadas deben tenerlo siempre limpio y en orden; las de limpieza, por su parte, deben organizar a los internos para realizar los aseos de la casa cada determinada hora del día; los que se encargan del medicamento tienen un control de las personas

que deben consumir alguna medicina y las horas en que lo deban hacer, además de asegurarse que no lo tiren ni lo dejen en la boca, sino que de verdad lo ingieran; los enfermeros atienden a las personas que llegan en mal estado, la vigilancia debe permanecer durante el día y la noche, por lo que existen seis personas que están al cuidado de los internos para que no se escapen o provoquen conflictos; finalmente, los que se encargan de la bitácora, van registrando las personas que ingresan y egresan.

Las personas que participan en este centro son internos que han sido recuperados y se encuentran haciendo su servicio, que consiste en brindar su apoyo y servicios personales a la clínica.

Las actividades comienzan desde las 5:40 a.m., con su aseo personal, continúan con una oración de agradecimiento y canciones de alabanza, después inicia el desayuno y comienza el primer aseo, al terminar pueden volver a dormir, descansar o ponerse a realizar tareas que tengan pendientes, como lavar su ropa o incluso leer. A las 7:30 a.m. se realiza la primera llamada y de 8:00 a 9:00 a.m. dan gracias por un día más de sobriedad, al terminar suben, vuelven a descansar y a las 9:30 bajan nuevamente para tomar el almuerzo, que generalmente consiste en avena y pan, después de esto oran y vuelven a sus habitaciones. A las 10:00 a.m. comienza el segundo aseo, donde todos participan y a las 12:00 p.m. bajan a junta de catarsis, que consiste en manifestar su sufrimiento, indicar por qué comenzaron con su adicción y cuándo. Al terminar con la junta comienza un tercer aseo y se acomodan los comedores para la comida, a las 3:30 p.m. llegan los psicólogos

practicantes de la UDV y presentan un tema nuevo, que generalmente es elegido por los internos, al terminar suben a bañarse para a las 6:00 p.m. bajar nuevamente a junta cristiana con música de alabanza y realizar el cuarto aseo; al terminar ambas actividades suben, descansan y después vuelven a bajar para cenar, se realiza el pase de lista y se hace el quinto y último aseo del día, se asignan los seis veladores que cuidarán esa noche y los dividen en dos turnos, al terminar, se les da la orden a los internos de ir a dormir y a las 9:30 p.m. se apagan luces.

Estas actividades las realizan de lunes a sábado, ya que el domingo es un día dedicado a la familia de 10:00 a.m. a 5:00 p.m., sus seres queridos les llevan de comer y conviven todo el día con ellos, pero esto es permitido únicamente después del primer mes de estar internos.

Hasta el mes de abril del año 2013, había 70 internos, tanto adictos al consumo de drogas, como al de alcohol o únicamente ingobernables; aproximadamente las tres áreas tienen el mismo número de internos, actualmente se encuentran internos tres enfermos mentales.

Al ingresar al centro se sigue un proceso que consiste en llenar una hoja de consentimiento, firma obligatoria de algún familiar e información de qué sustancia consume el sujeto y desde cuándo, después de esto se le hace una revisión médica de cómo llega y si es necesario administrar algún tipo de medicamento, al terminar se le manda a una estancia llamada “el cuarto verde”, para estabilizarse alejado de los demás internos, para evitar accidentes y estar al cuidado de las reacciones que

va teniendo. Cuando ya se estabiliza, le dan a conocer el reglamento que debe seguir dentro del centro, el cual si no es cumplido, conlleva castigos que consisten en realizar sentadillas, lavar ropa sucia de los enfermos, lavar traperos y baños.

La clínica es una casa de dos pisos: en la parte inferior se encuentra un patio y la oficina; para ingresar, se deben atravesar dos puertas que siempre están cerradas con llave y candado. Dentro de la casa se encuentra la sala de juntas, el comedor, la sala y la cocina, dos habitaciones, además del cuarto para los servidores, el patio trasero y la panadería. En la parte de arriba hay seis cuartos para internos, uno para el director y el “cuarto verde”, donde duermen los recién llegados. En cada cuarto hay cuatro literas y en cada cama duerme solo un interno, no tienen permitido dormir juntos, uno de los cuartos es para las mujeres. Esta clínica es exclusiva para hombres, pero si llegan mujeres no les niega el servicio y actualmente se encuentran internas tres mujeres, quienes tienen prohibido el contacto visual, verbal y físico con los hombres.

El tercer escenario de estudio se describe enseguida.

El centro de recuperación femenil “Un regalo de Dios” fue fundado por Maribel Martínez Cuevas en octubre del 2012, se encuentra ubicado en la calle Francisco Javier Mina #246, en la colonia Guadalupe Victoria. Aún no es una Asociación Civil, pero se encuentra en trámites; brinda servicios médicos y psicológicos a internas y familiares, de manera individual y grupal, terapia de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, terapia ocupacional y deportiva, además de ayuda espiritual y

consejería bíblica; no es exclusivo para mujeres con problemas adictivos a drogas o alcohol, también presta sus servicios a mujeres con problemas alimenticios, farmacodependencia, ingobernabilidad y depresión. Se basan principalmente en la religión católica, pero admiten a personas que quieren brindar servicios cristianos.

Este centro no es apoyado por ninguna institución de gobierno, para sufragar sus servicios, se cobra una cuota mensual a internos y se aceptan donaciones de personas ajenas al centro y de quienes tienen familiares internos.

No existe una jerarquía, ya que el centro está a únicamente cargo de la directora y las servidoras, quienes son internas voluntarias, con el fin de mantenerse sanas y apoyar a otras mujeres a salir adelante. Entre ellas y las internas se encargan de que el centro se mantenga limpio, en orden y se realicen las tres comidas diarias.

No tienen un orden en actividades, ya que diariamente se realiza una agenda con las actividades que se realizarán ese día, las pláticas que tendrán y las tareas que corresponden, entre ellas, manualidades, deporte, yoga y zumba. El domingo es día de visitas familiares y se les permite a las internas convivir con las personas que van al centro a visitarlas.

Actualmente se encuentran 15 internas, de las cuales dos son ingobernables, cinco alcohólicas y ocho adictas a drogas. No cuentan con el “cuarto verde”; al llegar, únicamente llenan hoja de ingreso con firma de padres o tutor, se les revisa que no

traigan objetos como drogas u objetos de valor y, si no llegan en mal estado, se les integra con las otras internas. Se les da a conocer el reglamento que deben seguir, pero la directora considera que los castigos no son adecuados para las internas, por lo que únicamente recurre a ponerlas a lavar sus propias cobijas o cargar una cubeta con agua en cada mano, de acuerdo con la norma que no hayan cumplido. No les dan medicamento a menos que sea por prescripción médica o porque el médico adictólogo establezca que es necesario, pero si no, únicamente las dejan dormir mucho, las bañan y les dan de comer cuando ellas ya lo toleran.

El centro es una casa de dos pisos, en la parte inferior se encuentra la cochera, la oficina, la sala de juntas, la cocina, el comedor, la sala y un patio grande donde realizan sus actividades deportivas. En la parte de arriba se encuentran cuatro habitaciones y un baño completo, duermen seis mujeres en cada habitación, una en cada cama; uno de los cuartos tiene todos los servicios, incluyendo baño con tina, esta habitación la utilizan las internas menos rebeldes, y todas pueden llegar a estar ahí si se comportan bien, hacen todas sus actividades y son ordenadas.

CAPÍTULO 1

ANSIEDAD

En el presente capítulo se aborda el tema de la ansiedad, para ello se abarca su historia, síntomas y factores que influyen en su desarrollo, así como las consecuencias que produce; se explica también un posible tratamiento para su control.

1.1. Definiciones de ansiedad

Actualmente la ansiedad es un estado que experimentan las personas debido a situaciones que se presentan diariamente, a las cuales todos están expuestos, por lo que se ha vuelto un tema importante a profundizar.

Según el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado de Spielberger, creado en el año de 1927 y actualizado en el año de 1975, la ansiedad se divide en dos: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. En donde la primera es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Por otro lado, la ansiedad – rasgo hace referencia a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las

personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad – estado.

En esta definición se separa a la ansiedad como rasgo y como estado, de tal forma que esta última se ve como un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento en particular, mientras que la primera indica las diferencias de grado en una disposición latente a manifestar cierto tipo de reacción de acuerdo con las diferencias entre personas.

Por otro lado Gladeana (2008) define la ansiedad como un proceso que comienza con la percepción de un incidente como posible amenaza, en el cual aumentan los niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol, tiene como consecuencia el aumento del ritmo cardiaco y del respiratorio, concentración del flujo sanguíneo en cerebro y músculos, aumento de la sudoración y represión del sistema inmunitario. Al término de este proceso o desaparición de la amenaza, descienden los niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol, de esta forma el cuerpo recupera la normalidad.

De acuerdo con Cano y cols. (1994), también se define a la ansiedad como una emoción similar al miedo, la cual se experimenta en cada persona con mayor o menor medida, ésta va acompañada de sensaciones desagradables al igual que sentimientos y pensamientos negativos sobre sí mismo.

Trickett (2009), señala que la ansiedad se refiere a una preocupación al enfrenarse a lo desconocido y una reacción frente a la vida, que forma parte del propio mundo, por lo que es imposible no presentar algún grado de ansiedad.

Como es posible percibir, la ansiedad se refiere a un estado que se presenta ante alguna situación angustiante o nueva; desciende una vez que se ha enfrentado, sin embargo, Trickett (2009) habla de la ansiedad como una reacción normal ante la vida, la cual forma parte del mundo que se encuentra en constante cambio, lo que hace que la ansiedad aumente o disminuya.

1.2. Historia del estudio de la ansiedad

Anteriormente, la ansiedad era conocida como neurosis ansiosa, término que utilizó Cullen (citado por Onmeda; 2011) para referirse a los trastornos de los sentidos y movimientos causados por una alteración en el sistema nervioso, este término fue utilizado para explicar los desequilibrios mentales que causaban angustia, pero que no impedían utilizar la razón. Históricamente, el término neurosis se utiliza en psicología para describir muchos trastornos que se han ido individualizando, incluyendo a la ansiedad y la depresión.

El Diccionario de la Real Academia Española (citado por Sierra y cols.; 2003) menciona que el término de ansiedad proveniente del latín *anxietas*, que se refiere a un estado de agitación o inquietud y es una de las sensaciones más frecuentes en el

ser humano, por lo que se le conoce como una emoción complicada y displacentera debido a los múltiples síntomas que manifiesta.

Los psicólogos Husain y Maser (citados por Sierra y cols.; 2003) afirmaron que la década de los ochentas pasaría a la historia como la década de la ansiedad, esta afirmación es una realidad porque actualmente los trastornos de ansiedad ocupan los primeros lugares a nivel mundial entre los trastornos de comportamiento más destacados.

En los años ochenta, se comenzó a escribir sobre las características de la ansiedad, donde se mencionaba que era un miedo hacia algo en especial, que era una emoción desagradable y que estaba orientada a algún tipo de amenaza o peligro, además, se mencionó que el miedo que las personas experimentaban se debía a cualquier amenaza real, la cual traía como consecuencias sensaciones corporales que causaban molestia en las personas. Sin embargo, también se consideró a la ansiedad como una reacción adaptativa de emergencia, la cual ayudaba al individuo a reaccionar ante una posible amenaza.

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando y ahora es considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, que se toma como un rasgo de personalidad y una posible explicación ante algunas conductas.

1.3. Sintomatología de la ansiedad

La ansiedad es una respuesta que se da ante situaciones nuevas o estresantes a las que un individuo se presenta en la vida diaria; el estado de ansiedad es tan común y normal, que todas las personas lo han experimentado en algún momento de su vida, sin embargo, esta respuesta produce una serie de síntomas específicos que pueden alterar la vida de las personas, ya sea de una forma negativa o positiva.

De acuerdo con la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (2009), algunos de los síntomas más comunes se dividen en cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos, estos pueden presentarse o no, además de que no siempre se experimentan de igual forma. Baeza y cols. (2008) mencionan que otros de los síntomas son los psicológicos, los cuales están relacionados con los afectivos.

Dentro de los síntomas a nivel cognitivo, se produce un bloqueo de diversas funciones que puede ocasionar problemas para recordar, concentrarse, pensar o ser objetivo. Puede surgir confusión mental, sensación de irrealidad, sentir que las circunstancias parecen distantes o de que la persona va a desmayarse, además presenta una preocupación excesiva, incluso ante las eventualidades más insignificantes, se presenta una idea de no poder controlar la situación, lo que provoca que los síntomas de ansiedad incrementen, por el miedo que sienten que esto los llevará a la muerte.

Los síntomas afectivos y psicológicos de la ansiedad pueden ir desde la emoción más insignificante, hasta experimentar un gran terror ante alguna situación. La persona puede presentar inquietud, agobio, preocupación excesiva constante, inadecuada valoración de los hechos, pensamientos negativos e inseguridad.

A nivel conductual, llega a producirse una inhibición del movimiento, rigidez en los músculos de la cara, palidez y rigidez muscular general, que hace que los movimientos sean torpes y bruscos, además de problemas para expresarse como la tartamudez, bloqueos o cambio de expresión corporal.

Dentro de los síntomas fisiológicos se incluyen varios aspectos como sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, problemas para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, desmayo, problemas de sueño, e incluso inconvenientes de tipo sexual.

La presencia de alguno o varios de estos síntomas, pueden provocar que el individuo reaccione de manera negativa ante la respuesta de ansiedad, además de miedo cada vez que presente alguno de estos síntomas, por lo que presentarán una actitud negativa hacia la ansiedad.

Al mismo tiempo, al sentir alguno de estos síntomas, las personas comienzan a tomar medidas alternativas, de las cuales algunas resultan dañinas para su salud, además de no ser tan efectivas, con el propósito de disminuir su ansiedad, ya que es

desagradable experimentar alguno de estos síntomas que incluso, producen que la ansiedad incremente. Algunas de estas medidas son la evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, o recurrir a sustancias tóxicas como drogas y alcohol. Es de gran importancia conocer los síntomas que se presentan con la ansiedad, al igual que poder identificar las causas que la producen para que, de esta manera, pueda ser manejada sin causar algún conflicto.

Existe una diferencia entre la ansiedad y el trastorno de ansiedad generalizada. La primera se define como un proceso normal o reacción ante las diferentes situaciones nuevas o de peligro a las que el individuo se enfrenta en su vida diaria, en tanto que la ansiedad generalizada se ha identificado como una enfermedad psiquiátrica y de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA; 2002), se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones, de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

Al presentarse varios de estos síntomas en un periodo mínimo de 6 meses, es importante que la persona acuda a realizarse una valoración, ya que la ansiedad puede convertirse en un trastorno de ansiedad generalizada, la cual necesitará un tratamiento específico e incluso medicación.

El DSM- IV (APA; 2002) menciona que la ansiedad se presenta en todas las personas en algún momento de su vida, sin embargo, el trastorno de ansiedad generalizada se presenta aproximadamente en el 3% de una muestra de la población

general y dentro de los centros médicos, llega a presentarse en el 12% de las personas que acuden.

1.3.1. Criterios del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV

De acuerdo con el DSM-IV (APA; 2002), para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, se debe cumplir con una serie de criterios que determinen su presencia. La persona con este diagnóstico debe presentar los siguientes síntomas:

A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños solamente se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.
2. Fatigabilidad fácil.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de un sueño no reparador).

D) El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría); la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

1.4. Diferencia entre ansiedad, fobias y estrés

La ansiedad es asociada o tomada como sinónimo de algunos trastornos, sin embargo, es importante hacer la diferencia que existe entre cada uno, para que su identificación no sea complicada o confusa y así se pueda brindar una mejor atención y los cuidados adecuados.

Como ya se ha definido, la ansiedad es una reacción normal que se presenta en las personas al enfrentarse a situaciones nuevas, desconocidas o en las que pueden presenciar una sensación de amenaza y que trae consigo diversos síntomas similares a los de las fobias y el estrés.

1.4.1. Estrés

Sierra y cols. (2003) definieron el estrés como un hecho habitual en la vida del ser humano, que se da en mayor o menor medida en cada persona. El estrés lo experimentan las personas al sentirse expuestas a una gran presión, al sentirse frustradas o al encontrarse en situaciones en las que consideran que no es fácil el control.

El estrés es provocado por un estímulo o estresor, el cual presenta una reacción o respuesta de alarma y funciona como medio adaptativo a las situaciones de la vida diaria. Este proceso es necesario para que una persona funcione, se adapte y se active, sin embargo, puede ser positivo o negativo.

De manera positiva, es también llamada eustrés, el cual lleva a las personas a realizar sus actividades de manera eficiente, ya que es la energía que hace que los sujetos se levanten diariamente.

Por el contrario, el estrés negativo, también llamado distrés, provoca que el funcionamiento fisiológico comience a alterarse, implica reacciones de tipo neuropsicológico, como sudoración o pensamientos catastróficos, también provoca consecuencias tanto fisiológicas como cognitivas y emocionales, además de que las personas que presentan distrés generalmente están de mal humor, cansados y sin energía para realizar cualquiera de sus actividades.

Las consecuencias que se presentan con el distrés son: alteraciones psicósomáticas como úlceras gástricas, migrañas, hipertensión, además de desesperanza aprendida, dificultad para ser uno mismo, depresión, indigestión o incluso la muerte, al propiciar infartos. Por otro lado, también puede provocar otras consecuencias, como afectar el ámbito laboral o escolar, además del familiar y social.

El estrés se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las que debe reaccionar con una respuesta adecuada tomando en cuenta los recursos que presenta.

La diferencia entre estrés y ansiedad es que esta es una respuesta al estrés y la persona que la presenta, no siempre manifiesta estrés, debido a que este es un

proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo, mientras que la ansiedad no depende de la existencia de agentes estresantes, ya que puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza, sin que se presenten estos agentes.

1.4.2. Fobia

“La fobia proviene del griego *phobos*, que significa miedo, terror. Es un temor o miedo excesivo, irracional, incontrolable y desmesurado respecto al perjuicio que el objeto temido puede ocasionar. Puede aparecer relacionada con múltiples objetos o situaciones, y frecuentemente está asociada a otros trastornos de ansiedad” (Jaure, citado por Salama; 2010: 18).

En el DSM-IV (APA; 2002), se mencionan como características principales el miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos, donde el temor es excesivo e irracional.

Existen diferentes tipos de fobias como la específica y la social, donde se establecen criterios para ser identificada como tal. La persona debe presentar:

- A) Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica.

- B) Respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional, más o menos relacionada con una situación determinada.
- C) La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- D) La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la situación temida, interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas o sociales, o bien, provocan un malestar clínicamente significativo.
- F) En los menores de 18 años, la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

La ansiedad, las fobias y el estrés, son procesos por los que atraviesa el ser humano durante toda su vida en diferentes situaciones. A pesar de que sus signos y síntomas son similares, se debe saber la diferencia para que al momento en que una persona presente alguno de estos, se atienda de la manera más adecuada, sin confundir los tratamientos debido a la falta de conocimiento, tomando en cuenta que una fobia o el estrés en un momento determinado, puede llevar a la persona a la ansiedad.

1.5. Diferencias de género

La ansiedad es un estado que experimentan las personas sin importar edad, raza, nivel económico, cultura o género, todas las personas están expuestas a presentar ansiedad en algún momento de su vida; sin embargo, esta particularidad se presenta de manera diferente entre hombres y mujeres, el género no solamente influye en la prevalencia de la ansiedad, sino también en la forma en que se manifiestan los síntomas, el curso que lleva e incluso, en la respuesta al tratamiento.

Grant y Weissman (citados por Arenas y Puigcerver; 2009), han identificado factores psicosociales y socioculturales que influyen en que la ansiedad predomine en las mujeres; dichos elementos incluyen diferencias del tipo de afrontamiento ante cada situación, el rol sexual, la pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición ante acontecimientos vitales estresantes. Otros factores que sugieren son la predisposición genética, los rasgos de la personalidad y las hormonas sexuales.

De acuerdo con Altemus (citado por Arenas y Puigcerver; 2009), no solamente existen diferencias psicosociales o psicoculturales, también existen diferencias biológicas, las cuales provocan que las mujeres tengan reacciones diferentes y estén más predispuestas a la ansiedad en comparación con los hombres, como anatomía cerebral, la neuroquímica y los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales. Altemus Epstein y Kessler (citados por

Arenas y Puigcerver; 2009) mencionan que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), es del 4% en los hombres, frente al 7% en las mujeres.

Los estudios epidemiológicos han mostrado que las diferencias entre hombres y mujeres para desarrollar un trastorno de ansiedad, surgen en la adolescencia y tienden a desaparecer en la menopausia de la mujer, también se menciona que la incidencia de este trastorno varía según las distintas fases del ciclo hormonal en la que se encuentre la mujer, además de los cambios introducidos por las hormonas reproductivas durante la fase intrauterina y la pubertad, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia. Es por eso que Altemus (citado por Arenas y Puigcerver; 2009), sugiere que las hormonas sexuales juegan un papel determinante en la etiología y en las manifestaciones clínicas de la ansiedad.

Anteriormente, se consideraba que la ansiedad únicamente se daba en las mujeres, pero esto ocurría por la razón de que únicamente ellas asistían a consulta por los síntomas que presentaban; actualmente se sabe que también los hombres experimentan ansiedad, solamente que prefieren la discreción, no tratarlo o tomar medidas alternativas como el alcohol u otras adicciones.

Como ya se mencionó, la ansiedad incluye varios factores, los cuales están presentes en hombres y mujeres, como la predisposición genética, factores biológicos, rasgos de personalidad y el desarrollo, así como condiciones socioculturales del individuo, pero la diferencia principal a la cual se le puede dar una explicación sobre prevalencia superior en las mujeres que en los hombres, se

encuentra dentro de los factores hormonales por los que atraviesa la mujer. Sin embargo, Vázquez (2010) menciona que los trastornos de ansiedad son cada vez más frecuentes en hombres, principalmente por cuestiones laborales, del hogar y económicas, además de problemas o desintegración familiar, lo que produce cambios de conducta y un deterioro en las áreas laboral, social, familiar y personal de quien que la presenta.

1.6. Factores que generan la ansiedad

A pesar de que la ansiedad es una respuesta normal del cuerpo, existen varios factores, tanto externos como internos, que pueden ser participantes de su desarrollo. Es importante considerar los factores de riesgo debido a que mientras más factores presente la persona, mayor será la probabilidad del desarrollo de la ansiedad. Scholten (2012) menciona algunos de los factores de riesgo que generan la ansiedad, como los que enseguida se explican.

1.6.1. Biológicos

El factor biológico hace referencia a un cargo genético o hereditario, además de incluir el sexo de las personas. Aunque la ansiedad no es completamente hereditaria, presenta un componente de personalidad que puede pasar de una generación a otra. En cuanto al sexo, se ha comprobado que las mujeres tienen dos veces mayor riesgo que los hombres de presentar ansiedad, debido a que se incluyen factores hormonales.

Un artículo publicado en el portal de Salud y Familia para América Latina (2010), menciona que existe una hipótesis, la cual explica que la ansiedad puede ser el resultado de falta o aumento de sustancias conocidas como neurotransmisores, que tienen como una de sus funciones, regular aquellos mecanismos del organismo que permiten mantener un ritmo cardiaco estable y en niveles adecuados. De esta manera, al no estar en las cantidades correctas, producen que el organismo reaccione con ansiedad ante diferentes estímulos ambientales, personales o emocionales.

1.6.2. Ambientales

Estos factores se refieren a las situaciones que ocurren en el medio en el que se desarrolla el individuo, ya que influye en cuestiones emocionales y sentimentales; es en el ambiente donde obtienen todas aquellas experiencias vividas desde la infancia, cuando se ha adquirido un nivel de educación, religión, cultura y aprendizajes debido a la interacción que el individuo tiene con las personas a cada momento de su vida que lo han ido formando. Si una persona constantemente se encuentra cerca de una alguien ansioso, ella tenderá a reaccionar de la misma manera ante algunas situaciones, ya que aprenderá que si su acompañante se pone ansioso, es porque quizá algo negativo pasará, por lo que él también reaccionará de manera ansiosa.

1.6.3. Familiares

Este tipo de factores son el medio más próximo en el que las personas se desarrollan y es aquí de donde se obtiene más aprendizajes, además de combinarse con los aspectos hereditarios. Todas las influencias por parte de la familia, tales como habilidades efectivas para enfrentar problemas, lograr aprender tareas nuevas, comportamientos sobreprotectores, el abuso y violencia, son factores que favorecen o afectan la personalidad de cada individuo y le otorgan herramientas que pueden funcionar para el control o manejo de la ansiedad.

El factor familiar es importante porque podría ser que una de las causas de la ansiedad se deba al tipo de crianza que recibió la persona, como el haber sido sobreprotegido, el control que tenían siempre sobre él, el no haber sido expuesto nunca a alguna situación diferente o fuera de lo común, el no permitir que se relacionara con otras personas que no formaran parte de la familia o cercanas a esta, e incluso la información verbal y no verbal que se le da al sujeto, al enfrentarse a situaciones diferentes en su vida.

1.6.4. Socioeconómicos

Las personas con bajos recursos económicos tienden a tener un riesgo más alto de experimentar ansiedad, debido a la presión que puede generarse al no tener suficientes recursos para satisfacer las necesidades básicas, así como las de su familia; además de que pueden presentar sentimientos de inferioridad y culpa que los

hacen más propensos a la ansiedad. Las personas con un nivel socioeconómico bajo, en la mayoría de los casos, se sienten con una presión superior a la de aquellas con un nivel socioeconómico alto, debido a que se sienten incapaces de realizar actividades similares a las de los demás.

1.6.5. Laborales

La cuestión laboral o escolar, suele representar uno de los factores más constantes en la aparición de la ansiedad, debido a que las personas en algunas ocasiones sienten presión al tener que cumplir con sus obligaciones; en el caso de los estudiantes, al sentir el compromiso de obtener altas calificaciones y aprovechar sus estudios con el propósito de lograr una meta; en el caso de las personas que trabajan, sienten la obligación de cumplir con las actividades que se les designan en su campo laboral, ya que de esto depende el recibir un sueldo que en la mayoría de las ocasiones, es utilizado para satisfacer sus necesidades básicas o aportar este dinero para mantener a su familia. Este tipo de situaciones provocan que la persona esté expuesta a presentar, en algún momento, la ansiedad.

1.6.6. Abuso de sustancias

El abuso de sustancias puede provocar que las personas experimenten ansiedad en diferentes ocasiones, debido a la necesidad de volver a consumirlas y sentirse bien.

Al consumir cualquier tipo de sustancia, las personas pueden generar una dependencia hacia ella y convertirla en una adicción. Al sentirse esclavos de esta sustancia, las personas sienten la necesidad de consumirla sin importar nada; al no tener el acceso a estas sustancias, el individuo comienza a entrar en una etapa de desesperación, la cual le crea una ansiedad que no cesará hasta que se vuelva a consumir la sustancia.

1.6.7. Médicos

Este factor se encuentra estrechamente relacionado con la salud, ya que las personas con alguna enfermedad grave o que ignoren qué les espera con su enfermedad, pueden estar más propensas a experimentar ansiedad, además de que la pérdida de la salud genera cambios de vida, debido a que quizá la alimentación cambie, el ejercicio deba disminuir o por el contrario, realizar más; ya no se podrán realizar las mismas actividades que cuando se era una persona sana totalmente. En ocasiones tendrán que depender de otras personas, el simple hecho de no querer afrontar la enfermedad, genera que las personas experimenten ansiedad, la cual se podrían confundir con los síntomas de la enfermedad que presentan, ya que suelen ser síntomas comunes como agitación, sensación de falta de aire, náuseas, vómito y mareos, entre otros.

Otro factor médico puede estar relacionado con el consumo de algún medicamento, debido a que sus componentes pueden causar reacciones secundarias y producir la ansiedad.

1.6.8. Estresantes

La aparición de la ansiedad sigue, con frecuencia, a un evento altamente estresante. Cuando las personas se enfrentan a situaciones como pérdidas o que están fuera de su control, pueden estar expuestas al estrés, lo que generalmente les producirá ansiedad. De acuerdo con la relación que existe entre el estrés y ansiedad, es necesario mencionar que los factores que los sujetos consideren estresantes, de acuerdo con sus aprendizajes y experiencias anteriores, los expondrán a experimentar la ansiedad cada vez que se sientan cerca de este tipo de situaciones, objetos o personas.

En muchos casos, la ansiedad es provocada por el propio miedo a la desagradable experiencia de tener ansiedad, de manera que se convierte en un círculo vicioso y puede volverse crónico, si no es tratado y controlado a tiempo.

Como se puede apreciar, existen muchos factores que pueden provocar en las personas una experiencia de ansiedad, por lo que es necesario conocer acerca de estas causas y así poder prevenir dicha situación, ya que además de los factores que la producen, también existen consecuencias que pueden alterar, e incluso, poner en riesgo la vida de las personas.

1.7. Consecuencias de la ansiedad

Así como existen diversas causas en la aparición de la ansiedad, también hay múltiples consecuencias que normalmente suelen ser confusas, debido a que la aparición de la ansiedad también puede ser la consecuencia que se tuvo al experimentarla y no lograr su manejo y control.

Báez (2002) indica que la ansiedad puede llevar a las personas a presentar sentimientos de infelicidad, depresión, irritabilidad, alteraciones de sueño, consumo de tóxicos, entre otros, debido a esto, es importante saber sobre su manejo.

Baeza y cols. (2008) mencionan que las sensaciones que se experimentan en los momentos de ansiedad pueden ser muy intensas y desagradables, ya que un estado de activación emocional elevada, mantenida durante un período largo, puede aumentar la probabilidad de desarrollar problemas de salud, cansancio crónico, agotamiento, disminución de las defensas y trastornos psicofisiológicos, pero además, trae consigo consecuencias a nivel personal, laboral, familiar, social e incluso, puede llevar a la persona al consumo de sustancias nocivas para la salud.

Si se sabe controlar y manejar la ansiedad, puede ayudar al sujeto a estar alerta y a concentrarse al realizar diferentes actividades, pero si los niveles de dicha condición sobrepasan los límites de lo normal y esta comienza a presentarse de manera constante, acompañada de síntomas que alteren a la persona, así como sus

diferentes ámbitos, se deben tomar medidas para llevar a cabo un tratamiento adecuado que no provoque daños al sujeto.

1.7.1. Familiar

Así como el entorno familiar puede ser la causa de que las personas experimenten ansiedad, también se debe decir que debido a esta condición, la familia puede comenzar a presentar problemas que incluso lleguen a desintegrarla, puede ser porque la persona que presenta ansiedad dentro de esta familia, deja de realizar actividades que formaban parte de la dinámica interna o por el contrario, comienza a realizar tareas a los que no estaban acostumbrados. Muchas veces, las personas que conviven con alguien que experimenta ansiedad, no entienden la causa; en ocasiones lo juzgan o consideran que solo quiere llamar la atención, debido a que no saben lo que está sucediendo ni comprenden los síntomas, por lo que tienden a desesperarse y terminan alejándose de ella.

1.7.2. Laboral/Escolar

El experimentar ansiedad puede perjudicar a las personas en el ámbito laboral o escolar, debido a que esto no les permitirá desenvolverse de manera adecuada, además de que su desempeño se verá afectado, esto provocará que incluso sean despedidos o su rendimiento académico o laboral baje. Como ya se ha mencionado anteriormente, la ansiedad puede provocar insomnio, molestias gástricas, dolores de cabeza, mareos, taquicardias e incluso desmayos; a su vez, esto interrumpirá la

concentración de las personas, se mostrarán dispersas y distraídas, por lo que no podrán concluir sus actividades.

1.7.3. Social

La persona que experimenta ansiedad puede ver afectado su ámbito social, debido al propio estado emocional o el miedo que le produce experimentarla. En algunos casos comienzan a evitarse actividades con el objetivo de no volver a enfrentarse a situaciones nuevas o que puedan provocar la ansiedad, y esto hace que los sujetos se alejen de sus amistades o que dejen de relacionarse con personas nuevas.

1.7.4. Salud

Otra de las consecuencias más comunes que se da a causa de la ansiedad, según Solano y Cano (2012), son los trastornos alimenticios, que tienen que ver con la insatisfacción corporal o el perfeccionismo del sujeto: al no sentirse bien con su cuerpo o imagen, la ansiedad puede aparecer, ya que se sentirá observado o criticado por otras personas, aunque no sea así, lo que tiene que ver con pensamientos irracionales; por lo contrario, la ansiedad puede producir que las personas ingieran alimentos cada vez que sean expuestos a situaciones, personas u objetos que les produzcan ansiedad, provocando así la obesidad.

La tricotilomanía es la necesidad de arrancarse el cabello incluso hasta llegar a quedarse calvo, esto suele ocurrir por momentos en que las personas experimentan ansiedad. Para combatir este problema, es necesario tratar la ansiedad al mismo tiempo que se trata este tipo de problemas.

1.8. Prevención de ansiedad

La ansiedad es un proceso normal que experimentan todas las personas, sin embargo, es necesario saber identificar sus síntomas para que de esta manera, la ansiedad no sea un proceso dañino que obstaculice la vida del individuo.

Para la prevención de la ansiedad, se debe identificar lo que la produce y cuáles son los síntomas que se presentan, de esta forma, la persona se podrá dar cuenta del momento en que presenta la ansiedad y así podrá intervenir o tomar las medidas necesarias y seguras para ella y para quienes la rodean.

Es necesario que el individuo hable de la situación con otras personas, para que de esta manera se dé cuenta de que tiene apoyo, que no está solo y que en determinado momento que la ansiedad vuelva a aparecer, los miembros a su alrededor lo entenderán.

Cano (s/f) menciona que existen reglas básicas para la prevención de la ansiedad; ya que dicha condición se debe a múltiples factores, se deben tomar en cuenta.

Uno de los puntos que se debe tomar en cuenta para prevenir la ansiedad es el descanso: cada individuo necesita aproximadamente siete horas para dormir; antes de que el insomnio se vuelva una consecuencia de la ansiedad, puede utilizarse como un método de prevención, pero no solamente el dormir las horas adecuadas previene la ansiedad, otro factor es el tomar ratos de ocio y tomar parte del tiempo para relajación y estar consigo mismo.

También es adecuado que las personas realicen ejercicio físico, para que de esta manera mantengan su mente ocupada y descarguen esa energía en actividades positivas; además, realizando ejercicios físicos se darán un espacio y tiempo para ellos mismos y aprenderán a reconocer los cambios físicos propios de un esfuerzo intencional a uno no intencional. La ansiedad también se puede prevenir por medio de técnicas de relajación lenta y profunda, para evitar la hiperventilación.

Las personas organizadas aprenden a distribuir su tiempo y sus actividades, con esto podrán dar lugar a tiempos de descanso y no preocuparse por la falta de tiempo u olvidos.

La alimentación también es un factor importante, por lo que se debe comer sanamente, evitando los grupos alimentarios que sobrecarguen el organismo y originen otro tipo de problemas como la obesidad. Se debe comer lento y utilizar este momento como parte de un momento de relajación y descanso.

Otro método de prevención consiste en enfrentar las situaciones que provocan miedo, después de un análisis donde se revisen las ventajas y las desventajas de lo que podría suceder, para que de esta manera la persona tome decisiones de manera más objetiva.

El individuo debe evitar exponerse a las situaciones que teme o por el contrario, acercarse a ellas de una manera lenta y adecuada para enfrentarlos; es necesario aprender a decir “no”, para evitar situaciones que no se quieren realizar; también ayuda el practicar habilidades sociales, ya que la interacción con otras personas forma parte de la vida diaria.

Para concluir, es necesario mencionar que la prevención debe darse por parte de la persona, con el fin de evitar las situaciones de ansiedad, pero si ya se presentó, aprender a identificar signos, síntomas y aquello que la provoca, además de buscar ayuda terapéutica o médica, según sea el caso, para no deteriorar su vida.

1.9. Tratamiento de la ansiedad

El tratamiento que se utilizará con la ansiedad, dependerá de los signos y síntomas que cada persona experimente, ya que es necesario tomar en cuenta la personalidad de cada individuo, porque podría no funcionar el mismo procedimiento.

El tratamiento debe ser la psicoterapia, ya sea individual o de grupo, además de incluirse actividades de relajación y si es necesaria, la medicación.

García y Pérez (2006) mencionan que una de las técnicas de tratamiento es la desensibilización, que consiste en exponer al individuo gradualmente a una situación que le genere ansiedad, para que de esta manera, su temor vaya disminuyendo poco a poco, hasta lograr que al volver a enfrentarse a esta situación, objeto o persona, no vuelva a ser causa de ansiedad.

Otro tipo de tratamiento que se utiliza para el control y manejo de ansiedad es la terapia cognitiva-conductual, la cual es muy útil debido a que se manejan dos aspectos: la parte cognitiva, que ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual, la cual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Este tipo de terapia debe realizarse cuando las personas deciden que están listas para utilizarla, debido a que se necesita de su cooperación e interés, para que sea efectiva y se logre el propósito principal. La terapia debe ser dirigida a las ansiedades específicas de las personas y adaptarse a sus necesidades.

Cabe mencionar que parte según Caseras (citado por Tejero; 2010). Parte importante del tratamiento, consiste en aumentar el conocimiento y la comprensión de la persona sobre su problema y sobre lo que hará y recibirá para combatirlo.

La ansiedad es un proceso que debe ser controlado, para que no sea un obstáculo ni dificulte la vida de las personas. Es necesario conocer sus signos y

síntomas, así como la diferencia que existe con respecto a las fobias y el estrés, para que en un momento determinado se pueda tratar y manejar la ansiedad, de modo que no lleve a poner en peligro la vida de los individuos.

CAPÍTULO 2

ADICCIONES

En este capítulo se habla acerca de las adicciones y la diferencia que existe entre uso, abuso y adicción, ya que en muchas ocasiones estos términos tienden a confundir a las personas con alguna característica similar. Además, se expone el proceso de una adicción, sus síntomas, causas y consecuencias terminando con un tratamiento adecuado para llevar a cabo su recuperación.

2.1. Definición

De acuerdo con la definición descrita por Redular (2008), la adicción se refiere a un estado de uso compulsivo de una droga, que provoca una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, que determinan en gran medida el comportamiento futuro de la persona.

Soriano y Cols. (2007) expresan que la adicción se caracteriza por el uso compulsivo de una sustancia, con el alto deseo de hacerlo y con la aparición de síntomas objetivos, que siguen a la finalización del consumo de la misma. Presenta respuestas conductuales con alto grado de compulsividad, con el fin de poder experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones, para evitar las consecuencias de su ausencia.

Según Pick (2002), la adicción es un hábito que crea una necesidad hacia algo, de manera que se establece una dependencia. La adicción se considera una enfermedad, debido a que causa daños físicos y psicológicos que afectan la salud integral de las personas.

Redular (2008), Soriano y colaboradores (2007) y Pick (2002), hacen referencia a la adicción como un hábito creado, el cual trae consigo diversos síntomas, debido a que las personas adictas no pueden dejar esa sustancia, dado que se han hecho dependientes. Los autores mencionan que se presentan cambios tanto físicos como psicológicos en las personas, sin embargo, no la delimitan como una enfermedad y este es un punto muy importante que debe tomarse en cuenta, ya que este hábito causa una dependencia que no se puede dejar únicamente con fuerza de voluntad, es necesario llevar a cabo un tratamiento multifactorial, además de tomarse en cuenta que las personas adictas no se curan, únicamente logran controlar su dependencia.

El Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas (NIDA; 2003), define a la adicción como una enfermedad crónica del cerebro, con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas.

2.1.1. Uso, abuso y adicción

Puede existir una confusión entre uso, abuso y adicción. Muchas personas consideran a una persona adicta únicamente por haber consumido alguna vez un tipo de sustancia. Es necesario definir cada uno de estos conceptos, ya que se debe considerar el tiempo y la cantidad en que una persona consume sustancias, debido a que esto difiere en cuanto al tratamiento o seguimiento que se le dará, porque no en todos se producen consecuencias físicas o psicológicas. De acuerdo con la Fundación Acorde (2013), se define lo siguiente.

El uso se define como aquel tipo de relación con alguna sustancia en el que, por su cantidad, su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. Se considera uso cuando el consumo es moderado y esporádico sin el propósito de alcanzar un estado de intoxicación.

El abuso es considerado como aquella forma de relación con alguna sustancia en la que por su cantidad, se producen consecuencias negativas para el consumidor y su entorno. Las personas la consumen continuamente a pesar de que se dan cuenta de que tienen un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado por el consumo ocasional de sustancias y que es peligroso para su salud.

La dependencia o adicción hace referencia al comportamiento compulsivo del consumo de alguna sustancia de forma continua o periódica, para experimentar sus

efectos psíquicos y, algunas veces, para evitar el malestar de su ausencia, a pesar de que el sujeto está consciente de que el consumo afecta varias áreas de vida.

Ortiz y cols. (2011), mencionan tres tipos de dependencia que se complementan en una misma persona, obteniendo como resultado la necesidad del consumo de la droga o sustancia.

1. Dependencia física: La cual se refiere a un estado de adaptación del organismo hacia algún tipo de droga que se consume de manera continua o excesiva, provocando malestares físicos.
2. Dependencia psíquica: Se refiere al vínculo establecido entre la sustancia y el organismo, la cual produce sensación de satisfacción, llevando a las personas al consumo continuo para evitar estados de malestar y producir placer.
3. Dependencia social: Es la necesidad de consumir sustancias nocivas para la salud por querer pertenecer a un grupo social.

De acuerdo con Oceánica (2014), se deben evaluar algunos aspectos para considerar una dependencia o adicción, tales como la tolerancia en cuanto a la cantidad que necesita la persona para conseguir el efecto deseado, las reacciones que se tienen debido a la abstinencia y lo que se hace para lograr su control, la cantidad y frecuencia en cuanto al consumo de sustancias al igual que el deseo o

necesidad que siente la persona por consumirla y llegar a hacerlo incluso sabiendo los malestares y consecuencias que traerá consigo en cuanto a su salud y su vida social, familiar y laboral.

El uso, abuso y adicción o dependencia hacen referencia a la frecuencia y cantidad respecto al consumo de alguna sustancia, sin embargo, la diferencia entre estos tres conceptos, radica en las consecuencias que cada una provoca, donde el uso no trae consigo consecuencias significativas en cuanto a la salud y áreas de su vida; por lo contrario, la adicción es considerada como la enfermedad que causa deterioro físico y psicológico, en el que es necesario un tratamiento psicológico e incluso, la administración de medicamentos en cuanto a la intoxicación.

2.2. Desarrollo de una adicción

La adicción es un proceso y se va dando por etapas, generalmente comienza, de acuerdo con el Centro de Desarrollo de Habilidades Psicolingüísticas (2012), por un acto voluntario, con el objetivo de experimentar una satisfacción y así provocar un estímulo agradable. Alvarado (2010), por su parte, menciona que existen tres etapas en una adicción. El proceso de esta dependencia se desarrolla a lo largo del tiempo, comienza con el uso de una sustancia pero va progresando hasta convertirse en una adicción, de modo que lleva a las personas a depender totalmente de ella para sentirse funcionales en la vida. No se nacen con la adicción, sin embargo, puede presentarse una carga hereditaria y desarrollarse debido al medio ambiente en el que se desenvuelve la persona, involucrando aquí a la familia o amistades más cercanas, donde quizá la pruebe por primera vez por curiosidad, por invitación de alguien más

o para encajar en su círculo social, creyendo que de esta manera podrán resolver sus problemas.

Enseguida se exponen las tres etapas definidas por Alvarado (2010):

1. Temprana: En ella se presentan episodios de uso descontrolado, que no siempre se dan de manera frecuente y en exceso, pero las sensaciones que la persona experimentó al consumir la sustancia o lo que le provocó, la motiva a volver a consumir. En esta etapa existe un pensamiento adictivo, además de que se empiezan a presentar comportamientos diferentes debido al consumo o falta de este, incluyendo el realizar actividades que impliquen poder consumir algún tipo de sustancia.
2. Media: Se presenta una pérdida de control y el consumo comienza a ser de manera más frecuente y en mayor cantidad, comienzan a surgir problemas familiares con las personas que rodean al sujeto, debido a su preferencia con las actividades que impliquen el consumo de sustancias. Generalmente no aceptan que necesitan ayuda o tienden a dar una razón. Debido al consumo, las personas tienden a volverse irritables, experimentan ansiedad y la disminuyen con el consumo, lo que hace que lo vean como una conducta positiva que les quitará sus malestares.

3. Agravada: Se considera que la persona es adicta debido a la imposibilidad de poder dejar de consumir sustancias nocivas para su salud; en esta etapa presenta dificultades en todos los ámbitos de su vida, incluyendo el económico, debido a que emplea todos sus recursos para satisfacer sus necesidades y debido a esto, las personas también comienzan a alejarse de ella; no logra mantener estabilidad en sus relaciones sociales, familiares y laborales, hasta llegar a quedarse sola.

La adicción no solamente se refiere al consumo de sustancias, se le llama adicción a cualquier actividad, objeto, persona o sustancia que cause dependencia en alguna persona; es un proceso que se desarrolla de manera continua hasta llegar al grado de deteriorar la vida de los sujetos que la padecen.

2.3. Sintomatología de la adicción del DSM-IV

La adicción es una enfermedad constituida por un conjunto de signos y síntomas específicos que la caracterizan, el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA; 2002) hace referencia a un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos y establece que los síntomas de una adicción, para ser considerada como tal, debe manifestar tres o más de los siguientes síntomas en un periodo de 12 meses.

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a

pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

A demás de estos síntomas, Alvarado (2010), médico de adicciones menciona, en la Organización de Rehabilitación en México, que otros de los síntomas a tomar en cuenta son:

- a) La negación y autoengaño en cuanto a la enfermedad y las consecuencias que provoca.
- b) Dificultad para identificar, manejar e interpretar los sentimientos.
- c) No se recuerdan el sufrimiento o las consecuencias negativas, por lo que las personas vuelven a consumir las sustancias.
- d) Pérdida de control en cuanto al uso de la sustancia.

Es de gran importancia conocer los signos y síntomas que presenta la persona adicta, para de esta manera poder identificar esta enfermedad y brindar un tratamiento adecuado para la persona que la padece y quienes lo rodean, con el fin de poder controlarla y mejorar su calidad de vida.

2.4. Factores que generan la adicción

De acuerdo a Camposeco (2011), cada persona es única y las razones para beber o consumir sustancias pueden ser demasiadas, todos pasan por situaciones diferentes, a unos les afectan más que a otros y el recorrido para llevarlos a tocar

fondo puede ser más largo o corto de acuerdo a lo vivido, sin embargo el dolor es similar tanto para ellos como para las personas que se encuentran a su lado.

Cañal (2003) menciona que algunas de las causas o factores de riesgo se encuentran en cualquier lugar donde la persona se desarrolla, esto puede ocurrirle a cualquiera que esté expuesto a alguno de estos, además, existen muchas causas que no solamente tienen que ver con la herencia, sino con el ambiente y la personalidad de cada uno. Algunos de estos factores de riesgo son:

- Tener una opinión positiva acerca del efecto que causan las sustancias después de haberlas consumido alguna vez y disfrutado de sus efectos, ya sea por complacer a otras personas, haber hecho algo bajo el efecto de la sustancia que la persona no lo realizaría si no la hubiera consumido, o incluso únicamente por experimentar lo que las personas que la han consumido expresan sentir. Generalmente se refieren a lo positivo con expresiones como: “te olvidarás de tus problemas”, “te hace volar” o “se siente padrísimo”.
- El presentar dificultades en el manejo de la realidad y de los sentimientos, es otro factor importante que contribuye al consumo de sustancias, generalmente las personas que no saben resolver sus problemas de manera adecuada y sana, las que tienen con baja autoestima o que reprimen sus sentimientos, además de sentirse fuera de lugar o que todo es más grande que sus problemas o que ellas mismas, suelen buscar una salida fácil que

los refugie, por lo que consumen algún tipo de sustancia con el propósito de sentirse mejor.

- Algunos problemas de conducta, sobre todo en los adolescentes, pueden ser una causa principal del consumo de sustancias; cuando la persona presenta impulsividad, comportamiento rebelde o desafiante y tendencia a experimentar conductas de riesgo, suele recurrir a las drogas sin importarle lo que pueda pasar, sin medir las consecuencias y actuando únicamente en función de ir en contra de las reglas o de la autoridad.
- Descuido de la vida social, ya que las personas son seres sociales por naturaleza y el no tener capacidad para la adaptación a la sociedad, además de no saber relacionarse con los demás, puede provocar que busquen alternativas para obtener la desinhibición y así lograr acercarse a los demás sin complicaciones.
- Haber sufrido algún tipo de trauma, abuso o violencia, ya sea en la infancia o en cualquier etapa de la vida, pueden ser sucesos que las personas tratan de olvidar o por los que desean encontrar un refugio, llegando así a las adicciones.
- Una persona que padece ansiedad o depresión, puede predisponer al sujeto a consumir algún tipo de sustancias nocivas para su salud, con el fin de disminuir los síntomas que experimentan con estos trastornos.

- Las pérdidas humanas son otro factor importante por el que todas las personas atraviesan en algún momento de su vida, pero si alguien no cuenta con las herramientas adecuadas para superar el duelo, llega a buscar una salida rápida, que considera que le quitará el dolor, esta es una razón por la que acuden al consumo de sustancias.

Además de estos factores de riesgo que se presentan de manera general, Rossi (2008) menciona que el ambiente familiar, social y el componente hereditario son parte importante y de mayor influencia en las personas, para llegar a presentar una adicción.

2.4.1. Familiares

El ámbito familiar es el que afecta de manera más directa a las personas, ya que es el círculo donde se desarrolla, de primera instancia, el individuo y con la que comparte diferentes experiencias que llegan a afectarle de manera más cercana.

La falta de afecto y apoyo por parte de la familia, además del sentido de pertenencia a esta, la debilidad de vínculos familiares, agresión o indiferencia dentro de la familia o el alejamiento por parte de alguno de los integrantes de la familia, la falta de disciplina y el hecho de que se tenga un familiar cercano con la enfermedad de adicciones o el contacto cercano con personas que tienden a consumir

sustancias, aunque sea de manera ocasional, son factores de riesgo en el individuo, que lo predisponen a llegar a las adicciones.

2.4.2. Sociales

Myers (2004) explica que los factores sociales pueden ser una gran influencia para que una persona consuma sustancias que dañen su salud, además de que cada cultura tiene costumbres diferentes, que en ocasiones orilla a los individuos a consumir, con el fin de ser parte de esa cultura o cumplir con algún tipo de regla social.

Este tipo de influencia también tiene que ver con la clase de amigos con las que cada persona convive y las actividades que los hacen sentirse bien, o bien, que realizan para formar parte de algún grupo social. Las influencias sociales llevan a las personas al consumo, haciéndoles creer que esto los hará sentir bien, de manera que la curiosidad los venza y terminen consumiendo.

2.4.3. Hereditarios

Dolácio (referido por Lorenzo y cols.; 2009) menciona que se debe tener mayor cuidado con las personas que provienen de familias donde alguno de los miembros haya presentado un problema de adicciones. Un factor predisponente de la adicción es que, además de que se hayan consumido sustancias durante el embarazo, la persona adicta puede poner en riesgo a su hijo, al mismo tiempo hace

que el producto ingiera las sustancias; esto lo lleva a necesitar la droga una vez que haya nacido.

Lorenzo y cols. (2009) afirman que los valores de herencia de las sustancias dependen mucho del tipo de droga que se consuma, además de la herencia de rasgos de personalidad, transmitidos de padres a hijos, ya que si el padre presenta rasgos de personalidad impulsiva y desafiante, entre otros, el hijo que los adquiera tendrá mayor tendencia consumir sustancias.

2.5. Diferencias de género en adicciones

Existen diferencias significativas en cuanto a hombres y mujeres en el inicio del consumo de sustancias. Valdez (citado por de la Cruz y Herrera; 2002: 26) menciona que “generalmente la mujeres ingieren alcohol o alguna pastilla bajo pretextos de una falsa sociabilidad: para poder aguantar a los niños o relajarse antes de una junta, para levantarse, antes de salir de compras, para poder tener relaciones sexuales, para perder peso, dormir o despertar, para aliviar la fatiga, o bien, por falta de confianza en sí mismas, aburrimiento, frustración o alivio al estrés. El estado civil y la edad de la mujer también influyen en la determinación de consumir cierta sustancia tóxica.”

También se menciona que otros de los factores más comunes en cuanto al consumo de sustancias en las mujeres, tienen que ver con problemas sexuales,

destrucción familiar, violencia y factores de pobreza, el grupo social al que pertenecen y el querer complacer a la pareja o estar bajo su influencia.

De igual manera, de acuerdo con Haddon (citado por De la Cruz y Herrera; 2002), los hombres presentan diferencias respecto las mujeres en cuanto al consumo de sustancias, ya que generalmente su utilización en los hombres está relacionada con delitos y el rol que ocupa en la sociedad, como que el hombre es fuerte y está dispuesto a todo, lo cual da lugar a un porcentaje mayor de consumo de sustancias en hombres que en mujeres.

En la Guía Mujeres y Hombres ante las Adicciones (Romero y Durand; 2006), se menciona que también el poder, el machismo, la presunta superioridad, la competencia, dominación y control, son falsas creencias que el hombre adquiere y dan explicación al consumo de sustancias.

2.6. Consecuencias de las adicciones

Tomando en cuenta que las adicciones se refieren a una dependencia hacia algo en específico, no únicamente hacia algún tipo de sustancia, García y Pérez (2006) mencionan que una persona adicta puede presentar múltiples consecuencias tanto físicas como psicológicas, además de un deterioro en las diferentes áreas de su vida.

Algunas de estas consecuencias son: la privación de sueño, fatiga y deterioro de salud, cambios de humor, irritabilidad, ansiedad, depresión, ruptura familiar, bajo rendimiento académico, debilidad, dolor muscular, entre otras. Además de esto, las personas adictas pueden presentar problemas legales, médicas, sociales e incluso contraer enfermedades infecciosas y de alto riesgo, como la hepatitis y el VIH.

Conyers (2006) menciona que otra consecuencia considerable es la falta de atención, ya que la biología y la psicología se combinan para reducirla al buscar únicamente el placer de consumir sustancias. Debido a esto, las personas dejan de funcionar de manera razonable, poniendo en riesgo sus actividades diarias y su vida.

El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC; 2010), menciona que existen consecuencias a corto y largo plazo que afectan a la persona enferma en diferentes ámbitos de su vida y que las consecuencias dependen del tipo de sustancia que se consuma.

2.6.1. Consecuencias a corto plazo

En cuanto a la salud:

- Náuseas, vómitos, mareos, pérdida de equilibrio.
- Descoordinación motora.
- Dificultad en el habla.
- Malestares estomacales y respiratorios.

- Disminución de los sentidos.
- Infecciones.
- Insomnio.
- Comportamiento extravagante y violento.
- Temblores.
- Inflamación del páncreas/hígado.
- Diarrea.
- Abortos.
- Muerte.

En lo referente al área emocional:

- Cambios repentinos del estado de ánimo.
- Irritabilidad.
- Agresividad.
- Ansiedad.
- Temor.
- Depresión.
- Tristeza.

En cuanto a la parte social:

- Problemas interpersonales por peleas, riñas o mal comportamiento.
- Accidentes automovilísticos.

- Conductas violentas, sin importar si conoce a la persona o no.
- Se aleja de sus amistades cercanas para convivir con individuos que le facilitarán la sustancia.
- Problemas legales.

En el ámbito familiar:

- Discusiones familiares.
- Separaciones.
- Falta de comunicación.
- Destrucción familiar.
- Violencia física y psicológica.
- Carencias económicas.

En la esfera escolar/laboral:

- Faltas o retardos.
- Accidentes.
- Bajo rendimiento.
- Riñas.
- Poco interés.
- Llamadas constantes de atención.
- Despidos/ expulsiones.

En la parte cognitiva:

- Dificultad para concentrarse.
- Confusiones.
- Alteraciones del pensamiento.
- Atención disminuida.
- Dificultad para realizar tareas complejas.

2.6.2. Consecuencias a largo plazo

En cuanto a salud:

- Dependencia.
- Gastritis crónica, úlceras.
- Desnutrición.
- Parálisis respiratorias.
- Daño al corazón.
- Psicosis.
- Cáncer.
- Daños cerebrales.
- Esterilidad.
- Disfunciones sexuales.
- Pérdida de los sentidos.
- Insomnio.

- Asfixia.
- Muerte.

En lo emocional:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Sentimiento de culpa.
- Vergüenza.
- Miedo.
- Irritabilidad.
- Paranoia.
- Disminución de energía.

En lo familiar:

- Aislamiento.
- Pérdida de confianza.
- Soledad.
- Separación.
- Discusiones constantes.
- Exposición al peligro por parte del adicto.
- Disminución de gastos familiares por invertir los ingresos en el consumo.
- Sentimientos de rencor y odio de la familia hacia el adicto.

En lo social:

- Violencia física.
- Violencia psicológica.
- Abuso.
- Soledad.
- Problemas legales, demandas y robo.

En lo escolar/laboral:

- Conflictos con los superiores.
- Despidos.
- Ausencia de contrataciones en algún empleo y de aceptación en alguna escuela.
- Accidentes.
- Conflictos con los compañeros.

En la parte cognitiva:

- Pérdida de conocimiento.
- Lagunas mentales.

- Problemas de memoria.
- Dificultad de concentración.
- Alucinaciones.
- Episodios de psicosis.
- Delirios.

Como menciona el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse; 2008), el consumo de sustancias, al inicio generalmente se hace de manera voluntaria, sin embargo, una vez que se establece la adicción es difícil y en la mayoría de los casos, imposible de dejar; esto trae consigo cambios de comportamiento destructivos, que únicamente complican la enfermedad, los cuales se deben a la alteración en el funcionamiento del cerebro.

Las adicciones constituyen una enfermedad incurable, que afecta la vida de las personas y de quienes las rodean, sus consecuencias son múltiples y pueden llevar hasta la muerte, además de alejarlas de quienes más quieren y necesitan, por lo que los sujetos con esta enfermedad suelen sentirse solos e incomprendidos, lo que, además de ser una consecuencia, los orilla a seguir consumiendo sustancias nocivas para su salud, volviendo a esta condición un círculo vicioso difícil de tratar.

2.7. Prevención de las adicciones

Las personas adictas, generalmente experimentan una calidad de vida desagradable, debido a que las adicciones son una enfermedad que puede volverse

crónica, llegando incluso hasta la muerte, además de ser un obstáculo para que se desenvuelvan de manera funcional en todas las áreas.

Rubio y cols. (2002) dividen la prevención de adicciones en tres niveles:

a) Nivel primario:

Este tipo de prevención se da antes de que la enfermedad se presente, se utiliza con el fin de dar a conocer a las personas la información necesaria, para así conocer causas y consecuencias de esta enfermedad, además de crear conciencia para poder evitarlas, porque después de los primeros síntomas y de la enfermedad ya establecida, será difícil de controlar, ya que es una enfermedad incurable. Dentro de la prevención primaria se crean programas de educación sanitaria y se brinda información en escuelas y al público en general, ya que todos están expuestos a presentar esta enfermedad.

b) Nivel secundario:

Esta modalidad de prevención se utiliza cuando comienzan a presentarse signos y síntomas característicos del padecimiento, sin embargo, en este nivel la enfermedad aún no está bien establecida.

El propósito principal es poder identificar y dar un diagnóstico a tiempo, para que el tratamiento sea más efectivo y poder controlar o detener la adicción, antes de

que se instale; este tipo de prevención también pretende motivar al paciente a enfrentar esta situación, apoyarlo y generarle conciencia sobre su adicción, sus consecuencias y así poder promover el cambio.

Pero la estrategia no solamente se enfoca a la prevención por medio de la información, también brinda al sujeto apoyo profesional médico y psicológico para que logre controlar su ansiedad y trate situaciones o problemas que puedan ser factores de riesgo para la ansiedad, de modo que transfiera esa energía hacia actividades positivas, como el deporte, para que ocupe su tiempo en actividades sanas que lo alejen de las adicciones.

c) Nivel terciario:

La prevención a nivel terciario, se realiza ya que la enfermedad está bien establecida, su propósito es brindar asistencia tanto médica como psicológica, para mejorar la calidad de vida del sujeto y enfrentar la enfermedad, de manera que no afecte su vida personal.

Se debe valorar el estado orgánico del adicto y ver la gravedad de la enfermedad, además de detectar si ya se han producido consecuencias secundarias que estén generando daños significativos de tipo orgánico; se requiere motivar al sujeto a someterse a apoyo profesional para combatir su enfermedad y apoyarlo en el curso de este tratamiento.

Ya que la familia forma parte de este problema, la prevención terciaria también tiene como propósito dar apoyo y tratamiento a dicho núcleo, para que sus miembros comprendan mejor la enfermedad y estén dispuestos a formar parte del tratamiento del adicto, y que de esta manera se logre una recuperación más efectiva y se eviten las recaídas.

2.8. Tratamiento de las adicciones

Tomando en cuenta que en la actualidad existe un gran porcentaje de personas con alguna adicción, se han implementado distintos programas y tipos de tratamientos, con el objetivo de apoyar a las personas a superar esta enfermedad.

Como menciona Camposeco (2011), existen múltiples centros de rehabilitación acordes al presupuesto de cada persona, donde se ofrecen tratamientos profesionales y cuidados médicos destinados al cuidado del paciente y con el objetivo principal de ayudarlo a controlar la enfermedad.

El Centro de Rehabilitación contra las Adicciones Monte Fénix (2010) divide al tratamiento en etapas. El tipo de tratamiento utilizado incluye el trabajo con cuerpo, mente y espíritu, además de trabajar con la familia.

- Fase 1: Consiste en desintoxicar al paciente por medio de medicación y abstinencia total, en esta etapa también se valora la situación para darle

una clasificación según el grado de la problemática y por último, se determina un diagnóstico para definir el tratamiento.

- Fase 2: En esta etapa se trabaja con la rehabilitación, donde se brindan a la persona enferma las herramientas necesarias para favorecer una recuperación y la integración del núcleo familiar a través de terapias, apoyo y un programa basado en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos.
- Fase 3: Tratamiento continuo, que consiste en fortalecer a la persona para enfrentar la abstinencia y volver a integrarse a la vida y a la sociedad. El tratamiento no termina en la segunda fase, ya que después de haber concluido el tiempo establecido, que va desde de 32 a 38 días de internamiento hasta los 3 meses, los enfermos asisten a sesiones de terapia grupal externa, así como de prevención de recaídas para los pacientes y familiares, con el propósito de volverlos a integrar y a recuperar la calidad de diferentes ámbitos de su vida, así como el apoyo y la confianza por parte de su familia.

El propósito de este tratamiento es establecer un ambiente adecuado para la recuperación del sujeto, manteniéndolo alejado de la adicción y al mismo tiempo, utilizar un tratamiento multimodal donde se incluyan médicos, psicólogos, especialistas en adicciones e incluso terapias ocupacionales y espirituales.

Dentro del tratamiento, se debe considerar a la familia, ya que es un factor de gran importancia que influye en la vida del adicto y al mismo tiempo, se ve afectada debido a la adicción. Para el tratamiento con la familia, se utilizan pláticas educativas, psicoterapia grupal, encuentros familiares para propiciar la convivencia con los adictos, al igual que talleres intensivos exclusivos para familiares de personas adictas.

Se considera que el alcoholismo y la adicción a otras drogas también afectan al núcleo familiar, por lo que Monte Fénix (2010), además de la participación en el tratamiento primario, que incluye pláticas educativas, psicoterapia grupal, participación en grupos de ayuda mutua y encuentros familiares, ofrece la semana familiar y un taller intensivo, diseñado exclusivamente para los familiares de adictos.

Oblitas (2006) describe que en el tratamiento de las adicciones deben tomarse en cuenta varios aspectos, como el control de los estímulos, donde el propósito es, precisamente, controlar los lugares, amistades o cualquier estímulo que lleve al sujeto a consumir su adicción; otra técnica utilizada es el entrenamiento en solución de problemas, donde se le brindan al sujeto las herramientas necesarias para que reconozca sus problemas y encuentre soluciones adecuadas sin afectar su salud, su vida y la de las personas que lo rodean; otra técnica utilizada es la cognitiva, donde se trabaja con pensamientos y creencias de las personas que están generando un comportamiento desadaptativo dentro de la sociedad en la que se desenvuelven; por último, se utilizan técnicas para el control y reducción del estrés, la ansiedad, la ira y la agresividad, además del fortalecimiento de las habilidades sociales.

El tratamiento utilizado dentro de los centros de rehabilitación incluye la terapia AA y los 12 pasos, además, es utilizada la terapia cognitiva conductual, la individual y grupal. Existen terapeutas especializados en adicciones, quienes utilizan la hipnoterapia, el contranálisis, donde se tratan de rescatar los aspectos positivos y felices de la vida del enfermo y además, se incluyen actividades como ejercicios aeróbicos y manualidades, para mantener a los adictos alejados de pensamientos perturbadores respecto a las sustancias nocivas para su salud.

Al llegar al centro de rehabilitación, se realiza una valoración y con base en esto, se determina si el paciente se canalizará con el médico o únicamente lo mantendrán alejado del resto de sus compañeros, para evitar que la abstinencia ponga en riesgo tanto la vida del enfermo como la de las demás personas, después se le reintegra al grupo para que participe en las actividades realizadas dentro del centro.

Se ha establecido que el tiempo real para que se dé una recuperación es de 1 año 6 meses, donde los primeros 9 meses la pasará encerrado en el centro de rehabilitación y los siguientes 9 meses, se utilizará una técnica llamada "Casa de nuevo camino", que consiste en permitir que el enfermo se integre a la sociedad, pero que siga asistiendo a juntas constantes para continuar trabajando con su adicción.

Lammoglia (2009) menciona a la familia como parte importante del proceso, ya que sufre al igual que el adicto, por los daños ocasionados y el dolor de ver a un ser querido con una enfermedad difícil de controlar. Es por eso que el tratamiento no solamente aborda la enfermedad: debe tratarse a la familia al mismo tiempo que el adicto trabaja con su adicción, para que de esta manera sea entendido y comprendido de una mejor manera y así, contribuya al control y manejo de esta enfermedad.

Las adicciones son una enfermedad multifactorial, ya que no depende únicamente de un aspecto para que se desarrolle; en ella influyen aspectos tanto familiares, como ambientales, la genética y la historia previa vivida a la enfermedad, es por eso que esta enfermedad debe ser tratada como cualquier otra, debido a que también puede ser tan grave como el cáncer, de manera que puede llevar a la muerte si no es detectada y tratada oportunamente. Este tipo de enfermedad afecta distintos ámbitos de la vida del sujeto, incluyendo a la familia, por lo que es necesario establecer un tratamiento que la incluya, tomando en cuenta que el enfermo necesitará un apoyo total y amor incondicional por parte de las personas que él considera cercanas e importantes dentro de su vida.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A lo largo de este capítulo, se presenta lo que se realizó para obtener la información del estudio. De igual manera, se especifica el proceso metodológico que se realizó, o cual incluye características tales como el enfoque que se utilizó, el tipo de investigación, el alcance que se manejó, así como las técnicas para la recolección de datos y las características específicas de la población utilizada, para poder llegar a una conclusión de acuerdo con las hipótesis planteadas.

3.1. Descripción metodológica

A continuación se realiza una descripción general del proceso metodológico que se realizó para llevar a cabo la investigación acerca de la diferencia de ansiedad rasgo-estado que se presenta entre hombres y mujeres internos en tres centros de rehabilitación de adicciones de la ciudad de Uruapan, Michoacán. Tomando como base a Hernández y cols. (2006: 4), quienes afirman que una investigación es “un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno”.

3.1.1. Enfoque

Esta investigación se realizó con base en un enfoque cuantitativo, el cual según Hernández y cols. (2006: 4), “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.” Para comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de Ansiedad Rasgo – Estado, la cual fue aplicada a los internos de los centros de rehabilitación, con el objetivo de obtener información acerca de la ansiedad que presentan estando internos.

3.1.2. Tipo de estudio

Tomando en cuenta el tipo de estudio que se llevó a cabo, de acuerdo con Hernández y cols. (2006), existen dos clases de diseño: el experimental y el no experimental. Un diseño experimental es aquel en donde el investigador modifica el ambiente a propósito mediante la manipulación de las variables, para después evaluar dicha alteración; el diseño no experimental se basa en “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solamente se observan los fenómenos en su ambiente natural, para después analizarlos” Hernández y cols. (2006: 163).

La modalidad que se utilizó en esta investigación fue no experimental, debido a que no se manipuló ninguna variable, se estudiaron los resultados sin alterar, sin intervenir o influir, únicamente se observó el campo de estudio y se aplicó la prueba.

Se asistió a tres diferentes centros de rehabilitación y se aplicó la prueba a los internos en grupos 10 o 20 personas, sin alterar ninguna variable, únicamente leyendo las indicaciones y dándoles el tiempo suficiente aproximado de 10 a 15 minutos para contestar. La aplicación se realizó dentro del área de sus actividades diarias y sin ninguna explicación o indicación en general. Para la conclusión y comprobación de esta investigación, únicamente se tomarán en cuenta estos resultados.

3.1.3. Tipo de diseño

Esta investigación tiene un diseño no experimental; a su vez, este se clasifica en transeccional o transversal, y longitudinal. El primero es el tipo de diseño que se utilizó en esta investigación, ya que la recolección de datos se realizó en un momento específico y único, a diferencia del diseño longitudinal que según Hernández y cols. (2006), se caracteriza por hacer estudios estratificados a través del tiempo, para saber cómo van evolucionando las variables.

El propósito de la investigación consistió en obtener información acerca de la diferencia de ansiedad rasgo-estado que presentan hombres y mujeres estando en un centro de rehabilitación, por lo que se asistió a determinados centros en una sola ocasión, con el fin de obtener dicha información por medio del Inventario de

Ansiedad Rasgo-Estado, sin el propósito de dar seguimiento a la investigación. La recolección de datos se realizó en un momento determinado, al finalizar esta investigación no se continuó recopilando información.

3.1.4. Alcance

De acuerdo con Coolican (2005), el alcance comparativo se refiere a los estudios de balances entre grupos o diversas muestras de subgrupos; el objetivo no es únicamente el comparar diferentes categorías, sino investigar alguna característica general de la conducta o de la vida mental. La presente investigación presenta un alcance comparativo, ya que se contrastaron los sujetos de estudio con base en su género, para observar la diferencia que existe entre ambos, tomando en cuenta las mismas variables que en este caso son: adicciones y ansiedad.

3.1.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una prueba psicométrica, la cual según la definición de Carter (2004), es un instrumento diseñado para ser utilizado en valoraciones de tipo cuantitativo, ya sea de uno o varios atributos psicológicos.

La prueba psicométrica utilizada fue la de Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz- Guerrero (1975), el cual está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dimensiones distintas de la ansiedad: una que se refiere a la ansiedad rasgo, que consta de 20 afirmaciones en las cuales los individuos manifiestan como se sienten generalmente;

la otra mide la ansiedad estado, en la que también se presentan 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas cuentan con cuatro opciones de respuesta para cada reactivo y se pretende que los internos respondan ambas escalas en un tiempo promedio de 20 minutos. Para saber si los resultados de este inventario son confiables, los autores revisan la confiabilidad e indican que varía de 0.83 a 0.92, y que su validez se demuestra con la correlación que se hizo con el IPAT y el TMAS, la cual resultó moderadamente alta.

3.2. Población y muestra

Para realizar la investigación, fue necesario delimitar una población que contara con características específicas de acuerdo con lo que se pretendía conocer. Según Hernández y cols. (2006), la población es un conjunto de personas que presentan características similares de acuerdo con el tipo de estudio que se pretende realizar. Tomando en cuenta lo anterior, se puede determinar que la población que formó parte de esta investigación fueron hombres y mujeres adictos de Uruapan, Michoacán, que se encuentran internos en tres diferentes centros de rehabilitación.

En cuanto a la muestra, fue no probabilística, la cual Hernández y cols. (2006), definen como el subgrupo de elementos que participarán en la investigación; no fue elegida mediante un ejercicio aleatorio, sino que tiene que ver con las características específicas de la investigación.

La población estaba formada aproximadamente por 180 personas dentro de tres diferentes centros de rehabilitación, los cuales llevan como nombre: Centro de Rehabilitación Mujeres de Amor en Michoacán, A.C., el Centro de Recuperación Femenil Un regalo de Dios y la Clínica contra las Adicciones La Paz, A.C. La muestra fue elegida con base en el conjunto de datos que concordaran entre ellos, se eligió únicamente un total de 50 hombres y 50 mujeres, dentro de un rango de edad de 10 a 39 años, con una estancia mínima dentro del centro de 45 a 60 días.

3.3. Descripción del proceso de investigación

A continuación se describen, de manera general, los pasos que se siguieron para llevar a cabo la investigación.

Para comenzar, se tomaron en cuenta varias opciones, con la intención de elegir un tipo de investigación que en verdad pudiera contribuir de manera positiva, además de delimitar si era posible realizarla o no.

Una vez que el tema fue elegido, se centró en la investigación acerca de la diferencia de ansiedad rasgo-estado que se presenta entre hombres y mujeres adictos en tres centros de rehabilitación de Uruapan, Michoacán; se determinó hasta donde se pretendía llegar con la investigación, así como las hipótesis, tanto nula como de trabajo, y los objetivos principales a los que se pretendía llegar con dicha investigación.

Posteriormente, se estableció la población que se utilizaría, así como la muestra, por lo que fue necesario establecer características específicas con las que contaron las personas elegidas para participar en la investigación. Para poder delimitar a los sujetos, fue necesario visitar centros de rehabilitación, tanto de hombres como de mujeres, para solicitar el permiso para la aplicación del IDARE, y así centrar la investigación en la población de los centros de rehabilitación elegidos.

Una vez finalizada la parte principal de esta indagación, se realizó un marco teórico donde se obtuvo información importante acerca del tema a estudiar, para determinar las variables que se utilizarían y así formar los capítulos que abarcaría la investigación, además de lograr delimitar los obstáculos que se pudieran presentar a lo largo de la recolección de datos.

La investigación consta de dos variables: ansiedad y adicciones, por lo que se formaron sendos capítulos, donde se tomaron en cuenta diferentes puntos de vista.

Para comenzar la aplicación de la prueba, se solicitó a los directores de cada centro que reunieran a hombres/mujeres entre 10 y 39 años, que tuvieran una estancia mínima en el centro de 45 días para aplicarles la prueba de manera colectiva.

Ya que la variable principal de la investigación fue la ansiedad, para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger y Díaz- Guerrero (1975), para después lograr una comparación entre la

ansiedad rasgo y estado que presentan las mujeres en comparación con la de los hombres.

Las aplicaciones fueron realizadas en diferentes días, debido a que no se encontraban las 50 personas en un solo día y en un solo lugar. Las aplicaciones se realizaron en tres diferentes centros de rehabilitación: Centro de Rehabilitación Mujeres de Amor en Michoacán, A.C., Centro de Recuperación Femenil Un regalo de Dios y la Clínica contra las Adicciones La Paz, A.C.

Una vez concluida la aplicación tanto de hombres como de mujeres, se procedió a calcular el puntaje total de cada escala, para así poder analizar dentro de qué rango se encuentra cada interno en cuanto a la ansiedad que presenta, tomando en cuenta desde muy bajo, bajo, normal, alto o muy alto y así realizar la comparación entre ambos géneros.

3.4. Análisis e interpretación de resultados

A continuación se procede al análisis de resultados obtenidos en cuanto a la ansiedad rasgo y estado que presentan los hombres y mujeres internos en los centros de rehabilitación a los que se asistió.

Además de la comparación general entre ambos géneros, se realizó otra considerando el rango de edad de los internos, dividido en tres grupos: el primero, de 15 a 19 años; el segundo, de 20 a 29 años y el tercero, de 30 a 39 años.

El IDARE, que fue el inventario que se utilizó, interpreta sus resultados con base en el puntaje T, asimismo, se tomó en cuenta a la población en general para establecer el nivel de ansiedad como baja, normal y alta, para ubicar a los internos dentro de alguno de estos niveles, de acuerdo con las respuestas obtenidas.

Para concluir, se utilizó la siguiente fórmula t de Student: $t = \frac{x^1 - x^2}{\sqrt{\frac{s^2}{n_1} + \frac{s^2}{n_2}}}$ cuyo propósito fue obtener la puntuación que se tomaría en cuenta para comparar con la tabla de valores críticos Distribución t de Student, de manera que tomando en cuenta los grados de libertad, se indicaría si existe diferencia significativa entre ambos sexos en cuanto a la ansiedad rasgo-estado.

Se recordará que la ansiedad rasgo se refiere a las diferencias que se presentan entre las personas al momento de responder ante algunas situaciones de peligro, de acuerdo con su percepción.

La ansiedad estado, por su parte, se refiere al estado emocional transitorio en el que se encuentra cada persona en un momento determinado, manifestando momentos de tensión y aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Se obtuvo el puntaje T de acuerdo con la tabla normalizada por el IDARE, para después clasificar a los internos dentro de tres niveles de ansiedad, tanto de rasgo como de estado: alto, con un puntaje T de 60 hacia arriba; normal, con un puntaje T de 40 a 59, y bajo, con un puntaje T de 39 hacia abajo, de acuerdo con la distribución normal de la población y los resultados que se obtuvieron en la aplicación del Inventario.

3.4.1. Comparación de género de ambos tipos de ansiedad

A continuación se muestran los resultados obtenidos en porcentajes, para dar a conocer el total de hombres y de mujeres que presentan un nivel de ansiedad alto, normal y bajo, tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado.

Seguido de los porcentajes, se presentan las medias que se obtuvieron, lo que es importante para la aplicación de la fórmula t de Student, la cual indicará si existe

diferencia o no en cuanto a la ansiedad rasgo-estado que presentan los hombres y mujeres internos en centros de rehabilitación de Uruapan, Michoacán.

3.4.1.1. Comparación de ansiedad rasgo

Dentro del nivel de ansiedad alto, se obtuvo un índice de 14% en el grupo de mujeres y el 8% en el de los hombres. El 70% de las mujeres se encuentran en un nivel normal de ansiedad, a diferencia de los hombres, quienes presentan un 78%. En cuanto al nivel bajo de ansiedad, se observa que el porcentaje de las mujeres se encuentra en el 16% y el de los hombres, en un 14%.

En cuanto a las medias, el nivel de ansiedad alto se obtuvo una media de 64.71 en las mujeres y 66 en los hombres; en cuanto al nivel normal de ansiedad, se obtuvo una media de 50.09 en las mujeres y una media de 50.77 en los hombres; el nivel de ansiedad bajo presenta una media de 35.38 en las mujeres y de 35.71 en los hombres.

De la aplicación de la fórmula t de Student, basada en los resultados anteriores, se obtuvo un puntaje de 0.07, donde se observó que no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto a la ansiedad rasgo, considerando que esta se refiere a la manera particular de las personas al momento de responder ante algunas situaciones de peligro de acuerdo con su percepción; tomando en cuenta que la percepción de cada uno depende de las vivencias que han tenido desde pequeños y a los aprendizajes que han adquirido, se puede atribuir este

resultado a que probablemente ambos géneros han ido creciendo con base en ideas formadas de manera similar, donde a las mujeres se les permite realizar las mismas actividades que a los hombres y comienzan a adquirir responsabilidades similares a las de ellos, mientras que al hombre, cada vez se le va permitiendo más expresar sus sentimientos.

La ansiedad que se experimenta cuando una persona presenta una adicción, se puede presentar de manera similar, ya que la mayoría de hombres y mujeres están conscientes de que esta enfermedad puede llevarlos a la muerte sin hacer distinción de género y que a ambos les afecta de igual manera, ya que los separa de su familia y los mantiene apartados de sus intereses personales.

Las experiencias que tanto hombres y mujeres han tenido, fueron formando una personalidad en la que quizá aprendieron que la adicción era una manera fácil de solucionar sus problemas, la cual acompañada de la ansiedad, puede llevar a las personas al consumo de sustancias y de igual manera, afectar su recuperación.

3.4.1.2. Comparación de ansiedad estado

En el nivel normal de ansiedad, los hombres presentaron un porcentaje de 72 y las mujeres de 62; en cuanto al nivel de ansiedad bajo, los hombres que lo presentaron fue un 14%, en contraste con las mujeres, quienes tuvieron un 24%; ambos géneros presentaron un porcentaje de 14 en el nivel alto de ansiedad.

En cuanto al nivel normal de ansiedad, los hombres presentaron una media de 50.28 y las mujeres de 40.71; en el nivel bajo de ansiedad, la media de los hombres fue de 37 y la de las mujeres de 34.75; en el nivel de ansiedad alto, los hombres presentaron una media de 63.57 y de 63.43 las mujeres.

Con base en estos resultados, se obtuvo el puntaje t de 1.59, lo que indica que no existe diferencia significativa en cuanto a la ansiedad que se presenta; ya que la ansiedad estado se refiere al estado emocional transitorio en el que se encuentra cada persona en un momento determinado, se puede considerar que no existe diferencia, debido a que todos están pasando por una situación similar, ya que tanto hombres y mujeres se encuentran internos en centros de rehabilitación, están privados de su libertad y alejados de sus familias o de las personas que quieren, ambos géneros están atravesando por un momento de su vida que podrían considerar difícil, por lo que su estado emocional podría ser similar en ese momento; además, todos son adictos y la droga suele provocar las mismas reacciones tanto en hombres como en mujeres, asimismo, una necesidad por consumirla, por lo que la ansiedad se podría presentar debido a la abstinencia que experimentan en ese momento.

3.4.2. Comparación por edad y género de ambos tipos de ansiedad

De igual manera, en este apartado se presentan los porcentajes de ansiedad rasgo-estado de hombres y mujeres, separados por rangos de edad de 15 a 19, 20 a 29 y 30 a 39 años, con el fin de dar a conocer el porcentaje total de cada género que

presenta los niveles de ansiedad alto, normal y bajo, de acuerdo con la edad en la que se encuentran.

Posteriormente, se presentan las medidas de tendencia central de cada género, separados por rangos de edad, las que serán utilizadas para la aplicación de la fórmula t de Student, la cual dará los resultados que indican si existe diferencia significativa entre hombres y mujeres adictos, internos en un centro de rehabilitación de Uruapan, Michoacán, de acuerdo con su edad actual.

3.4.2.1. Comparación de ansiedad rasgo

En cuanto a la comparación realizada por rangos de edad, los sujetos de 15 a 19 años de edad obtuvieron una puntuación t en ansiedad rasgo de 0.04, donde el 24% de las mujeres presentaron nivel alto de ansiedad, a diferencia de los hombres, donde no se obtuvo ninguno con un nivel de este tipo; además, el 90% de los hombres obtuvieron un nivel normal de ansiedad, en contraste con las mujeres, quienes solo fueron el 57%; en cuanto al nivel bajo de ansiedad, se observa que el 10% de los hombres lo obtuvieron, en cuanto a las mujeres, lo presentaron el 19%.

Las mujeres de 15 a 19 años, presentaron una media de 66 en el nivel alto de ansiedad, los hombres de la misma edad, obtuvieron una media de 0; en cuanto al nivel normal de ansiedad, la media de los hombres fue de 51.16 y la de las mujeres de 47.58, y en el nivel bajo de ansiedad, la media de los hombres fue de 37.5 y la de las mujeres, de 36.

Los de 20 a 29 años de edad, presentaron una puntuación t de 0.45 con base en los resultados, donde se observó que el nivel alto de ansiedad, se presentó en un 6% del total de hombres, a diferencia de ellos, este nivel de ansiedad se presenta en un 12% del total de las mujeres de este rango; se encontró que el 76%, tanto de hombres como de mujeres, presentó un nivel normal de ansiedad; el 18% de los hombres presentan un nivel bajo de ansiedad, en contraste con las mujeres, quienes lo presentaron en un 12%.

En cuanto a la medida de tendencia central en este rango de edad, en el nivel alto de ansiedad, los hombres obtuvieron una media de 70, a diferencia de las mujeres, quienes obtuvieron una media de 61.5; en cuanto al nivel normal de ansiedad, las mujeres obtuvieron una media de 52.62 y los hombres de 52.77; en el nivel bajo de ansiedad, los hombres presentan una media de 36, en contraste con las mujeres, quienes presentaron una media de 38.

Y en los de 30 a 39 años de edad, el 25% de los hombres presentó un nivel de ansiedad alto, lo cual difiere bastante de las mujeres, ya que ninguna de ellas presentó un nivel de ansiedad de este grado; el 58% de los hombres se encuentra en un nivel normal de ansiedad, sin embargo el 92% de las mujeres también se encuentran en este nivel; asimismo, se observó que el 16% de los hombres presenta un nivel de ansiedad bajo, a diferencia de las mujeres, quienes lo presentan en un 8%.

Los hombres con nivel de ansiedad alto, presentaron una media de 64.67, y las mujeres de 0; en cuanto al nivel normal de ansiedad, en los hombres se obtuvo una media de 46 y en las mujeres de 49.8; los hombres con nivel de ansiedad bajo presentaron una media de una media de 33.5 y las mujeres, de 31.5.

Con base en estos resultados, se obtuvo una puntuación t de 0.65, por lo que se observó que no existe diferencia significativa en la presencia de la ansiedad.

A pesar de las diferencias entre rangos de edad y considerando que cada una de las etapas ha vivido en épocas diferentes, donde las ideas y la educación pueden variar, se puede atribuir este resultado a que muchas personas aún toman en cuenta tradiciones y paradigmas que van formando personalidades con ideas similares, debido a que la manera de reaccionar ante cada situación, lo cual depende de la percepción que tiene cada persona. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de hombres y mujeres que se encuentran en los centros de rehabilitación, han pasado por situaciones semejantes, que los han llevado a reaccionar de manera similar ante la vida. La ansiedad que presentan puede conducirlos a una adicción, debido a la influencia y aprendizajes con los que han ido creciendo y formando sus propias ideas, sin importar la etapa en la que se encuentran, de modo que una vez que presentan la enfermedad como tal, dicha condición no favorece su recuperación.

3.4.2.2. Comparación de ansiedad estado

En cuanto a la ansiedad estado, dentro del rango de edad de 15 a 19 años, el 19% de las mujeres y el 10% de los hombres presentaron un nivel de ansiedad alto; en cuanto al nivel normal de ansiedad, fue presentado por el 52% de las mujeres y el 81% de los hombres; el nivel de ansiedad bajo lo presentaron el 29% de las mujeres y el 10% de los hombres.

Las mujeres de 15 a 19 años obtuvieron una media de 63 y los hombres de 62, en el nivel de ansiedad alto; en el nivel normal de ansiedad, las mujeres obtuvieron una media de 50.18 y los hombres de 50.35; en cuanto a la media del nivel bajo de ansiedad, la de las mujeres fue de 35.5 y la de los hombres, de 37.

Dentro del rango de edad de 20 a 29 años, el 12% de las mujeres y el 18% de los hombres presentaron un nivel de ansiedad alto, el 71% de ambos géneros presentan un nivel normal de ansiedad y el 18% de las mujeres presentan un nivel de ansiedad bajo, al igual que el 12% de los hombres.

La media en el nivel alto de ansiedad en las mujeres de 20 a 29 años, fue de 64.5 y la de los hombres, de 65.33; en el nivel normal de ansiedad, la media fue de 50.75 en las mujeres y de 48.42 en los hombres; en el nivel bajo de ansiedad, las mujeres presentaron una media de 35 y los hombres de 38.5.

Las mujeres de 30 a 39 años que presentaron un rango alto de ansiedad, fueron el 8%, y el 14% de los hombres; el nivel normal de ansiedad se presentó en el 67% de las mujeres y en el 62% de los hombres; el nivel bajo de ansiedad lo obtuvo el 25% de las mujeres y el 24% de los hombres.

Las mujeres de 30 a 39 años de edad presentaron una media de 63 en el nivel alto de ansiedad y los hombres, 62.5; la media de las mujeres en el nivel normal de ansiedad fue de 47.5 y la de los hombres, de 53.29; en cuanto al nivel de ansiedad bajo, la media de las mujeres fue de 33 y la de los hombres, de 36.

Con base en los resultados obtenidos, con puntuación t de 0.81 en las personas de 15 a 19 años, 0.26 en los de 20 a 29, se identificó que no existe diferencia de ansiedad entre hombres y mujeres que se encuentran internos en centros de rehabilitación; por el contrario, en las personas con el rango de edad de 30 a 39 años, se obtuvo un puntaje de 1.88 en donde sí se existe una diferencia significativa.

Cada etapa es diferente en cuanto al desarrollo, debido a los cambios hormonales que van atravesando, además del momento de sus vidas en el que se encuentran, los cuales suelen ser diferentes, dependiendo de la edad que presentan, por lo que el estado de ánimo suele ser transitorio.

En general, no se presentó diferencia significativa, lo que se atribuye a que el momento por el que atraviesan es el mismo, dado que el estado emocional que

experimenta cada persona puede ser similar, llevándola a presentar tensión o ansiedad hasta cierto nivel, sin embargo, la diferencia que se presentó con las personas con un rango de edad de 30 a 39 años, se puede relacionar con el hecho de que se encuentran en una etapa donde los pensamientos suelen ser más firmes y centrados respecto a sus vidas, se encuentran en un momento donde quizá presentan responsabilidades y objetivos a cumplir diferentes a los del rango de edad de 15 a 29 años, quienes aún se encuentran en una etapa donde sus pensamientos y sentimientos fluctúan y estos individuos no son muy conscientes de la enfermedad que presentan.

3.4.3. Diferencias significativas entre hombres y mujeres

De acuerdo con el análisis estadístico, donde se utilizó fórmula t de Student, se obtuvieron los siguientes resultados:

Comparación general:

- Ansiedad rasgo: 0.07. No existe diferencia significativa.
- Ansiedad estado: 1.59. No existe diferencia significativa.

Comparación por edades:

a) 15 a 19 años de edad:

- Ansiedad rasgo: 0.04. No existe diferencia significativa.
- Ansiedad estado: 0.81. No existe diferencia significativa.

b) 20 a 29 años de edad:

- Ansiedad rasgo : 0.45. No existe diferencia significativa.
- Ansiedad estado: 0.26. No existe diferencia significativa.

c) 30 a 39 años de edad:

- Ansiedad rasgo : 0.65. No existe diferencia significativa.
- Ansiedad estado: 1.88. Sí existe diferencia significativa.

CONCLUSIONES

La adicción es una enfermedad que se encuentra presente en la actualidad, la cual, acompañada de la ansiedad, puede llevar a las personas a una vida complicada, manteniéndolas alejadas de sus objetivos. Debido a esto, es primordial identificar la diferencia en cuanto a la ansiedad que se presenta entre hombres y mujeres internos en centros de rehabilitación, para así idear estrategias guiadas a la recuperación y prevención de las adicciones, tomando en cuenta el control y manejo de la ansiedad.

Al iniciar esta investigación, se establecieron objetivos particulares con el fin de llegar a la resolución del objetivo general, a partir de varios de naturaleza particular. El primero consistió en explicar qué son las adicciones, llegando a la conclusión de que son una enfermedad, ya que las personas que las presentan crean una dependencia hacia alguna sustancia, que los lleva a experimentar daños físicos y psicológicos incapaces de curar únicamente con voluntad propia.

Además se llegó a describir el proceso de intervención en adicciones, dentro de este se establecieron tres niveles de prevención, en los cuales se sitúa a los sujetos de acuerdo con la etapa en la que se encuentran, ya sea desde el comienzo de los síntomas hasta la enfermedad, ya como tal, para que con base en esto se

establezcan tratamientos de acuerdo con las normas establecidas dentro de cada centro de recuperación.

También se concluye que las adicciones llevan un proceso diferente, tanto en hombres como mujeres, debido a la influencia de los diferentes factores que ocasionan que la enfermedad se propague de manera más rápida en uno que en otro. Ambos comienzan utilizando algún tipo de sustancia ocasionalmente, lo cual va formando un hábito que llega a establecerse como una enfermedad.

Otro de los objetivos fue el explicar qué es la ansiedad, se llegó a la conclusión de que es un estado o malestar que se presenta al enfrentarse a situaciones nuevas o consideradas como amenazantes, el cual llega a descender una vez que esto pasa.

Dentro de la definición de ansiedad, se establecieron dos tipos principales, los cuales se refieren a la ansiedad rasgo y a la ansiedad estado, la primera se define como las diferencias que se presentan entre las personas al momento de responder ante algunas situaciones, de acuerdo con su percepción; a la ansiedad estado se concibe como un estado emocional transitorio en el que se encuentra cada persona en un momento determinado.

Asimismo, se ha llegado a la conclusión de que la ansiedad se acompaña de una serie de síntomas, los cuales se han dividido en cognitivos, afectivos o psicológicos, conductuales y fisiológicos, los cuales se presentan en las personas afectando su vida de manera negativa.

De igual manera, se concluyó que, en general, la ansiedad no se presenta de manera diferente en hombres y en mujeres por la edad que presenten, a pesar de que ambos géneros van cambiando de actividades y estilos de vida; conforme van teniendo mayor edad, se observó que la ansiedad se sigue prestando igual, con excepción de los de 30 a 39 años, donde sí se obtuvo una diferencia en cuanto a la ansiedad estado.

Una vez obtenida la muestra de la población elegida, se prosiguió a la medición del estado de ansiedad de los hombres y mujeres adictos por medio del uso de la prueba IDARE. Se logró concluir que la ansiedad se presenta de manera similar tanto en hombres como en mujeres; aunque no existe una diferencia significativa en la forma de manifestación, la ansiedad suele ser un obstáculo que llega a influir en el consumo de sustancias, su recuperación y por supuesto, en las recaídas.

Finalmente, se llegó a uno de los objetivos principales, que fue el obtener resultados y establecer si existen diferencias entre hombres y mujeres, el cual lleva a nuestra pregunta de investigación: ¿Existe una diferencia significativa en la ansiedad rasgo-estado entre hombres y mujeres adictos que se encuentran internos en tres centros de rehabilitación de Uruapan, Michoacán?

De acuerdo con el análisis estadístico que se realizó, se llega a la conclusión de que en general, no existe una diferencia significativa, ya que únicamente se

presentó diferencia en la ansiedad estado de las personas que se encuentran dentro del rango de edad de 30 a 39 años, lo que lleva al rechazo de la hipótesis de trabajo, la cual afirma que sí existe diferencia en el nivel de ansiedad rasgo-estado que se presenta en hombres y mujeres adictos, internos en un centro de rehabilitación; y la aceptación de la hipótesis nula, la cual indica que no existe diferencia en el nivel de ansiedad rasgo-estado que se presenta en hombres y mujeres adictos internos en tres centros de rehabilitación de Uruapan, Michoacán.

Como se mencionó en el capítulo 1, algunos autores definen la ansiedad como una reacción normal ante la vida, la cual forma parte del mundo, que se encuentra en constante cambio, lo que hace que la ansiedad aumente o disminuya.

La mayoría de los internos presentaron un nivel normal de ansiedad en la modalidad ansiedad rasgo, el 70% de las mujeres y el 78% de los hombres presentan ansiedad normal, finalmente, dentro de la ansiedad estado, el 72% de los hombres y el 62% de las mujeres se encuentran dentro del nivel normal de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (APA). (2002)
DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Editorial Masson. Barcelona.

Báez, Gallo. (2002)
Guías de educación sanitaria 2. Cómo controlar la ansiedad.
Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad.

Baeza, J; Balaguer, G.; Guillamón, N. (2008)
Higiene y prevención de la ansiedad
Ediciones Díaz de Santos. España

Camposeco, A. (2011)
Del alcoholismo y sus emociones
Editorial Vergara. México.

Carter, P. (2004)
IQ y Test psicométricos.
Gestion. España

Conyers, B. (2006)
La adicción en la familia.
Grupo Patria Cultural. México.

Coolican, H. (2005)
Métodos de la investigación y estadísticas en psicología.
Editorial El Manual Moderno. México.

Gladeana, M. (2008)
Cómo controlar la ansiedad, conviértase en su propio terapeuta.
Editorial Robin Book. Inglaterra.

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2006)
Metodología de la investigación.
Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México, D.F.

Lammoglia, E. (2009)
Las familias alcohólicas.
Random House Mondadori. México.

Lorenzo, P.; Laredo, J.; Leza, J; Lizasoain, L. (2009)
Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología y legislación.
Editorial médica Panamericana. Madrid-España.

Myers, D. (2004),
Psicología.
Editorial Médica Panamericana, S.A. México.

Nava Méndez, Jesús Alberto. (2010)
Niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados en el área de adultos del Hospital General de Uruapan.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan, Michoacán, México.

Ortiz de Zarate, A.; Ruiz de Azúa, M.; Ubis, A; Alonso, I. (2011)
Guía de cuidado de enfermería en salud mental: Adicciones.
Editorial Masson. España.

Pick, S. (2002)
Formación cívica y ética I.
Editorial Limusa. México, D.F.

Redular, R. (2008)
Cerebro y adicción
Editorial UOC. Barcelona.

Rossi, P. (2008)
Las drogas y los adolescentes: Lo que los padres deben saber sobre las adicciones.
Editorial Tebar. Madrid.

Rubio, G; López, M; Álamo, C; Santo Domingo, J. (2002)
Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.
Editorial medica Panamericana. España.

Salama, F. (2010)
"Psicoterapia asistida con animales y naturaleza"
<http://www.isabelsalama.com/Psicoterapia%20animales.htm>

Spielberger, Charles D.; Díaz Guerrero, Rogelio (1975)
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.
Manual Moderno. México D.F.

Soriano, M; Guillazo, B; Redular, R; Torras, G.; Vale, M. (2007)
Fundamentos de Neurociencia.
Editorial UOC. Barcelona.

Tejero, E. (2010)
Trastornos de ansiedad generalizada.
Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Barcelona.

Trickett, S. (2009)
Supera la ansiedad y la depresión.
Editorial Hispano Europea. Barcelona.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Alvarado, S. (2010)

“Adicciones. La evolución del proceso adictivo”

www.adicciones.org/enfermedad/proceso.html

Arenas, M. C.; Puigcerver, A. (2009).

“Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica”.

Estudios de Psicología, 3, 20-29.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000300003&script=sci_arttext

Cano, A. (s/f)

“LA NATURALEZA DEL ESTRÉS”

Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.

http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm

Cano, A; Tobal, J; González, H.; Iruarrizaga, I. (1994)

“El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias”

Universidad Complutense de Madrid.

http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/05-10_2.pdf

Cañal, M.J. (2003)

“Adicciones: Como prevenirlas en niños y jóvenes”.

<http://books.google.com.mx/books?id=3ED-He6uM->

[AC&printsec=frontcover&dq=%22Adicciones:+Como+prevenirlas+en+ni%C3%B1os+y+j%C3%B3venes.%22&hl=es&sa=X&ei=dhAJVOXzEtDZoASz5oLoAg&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=%22Adicciones%3A%20Como%20prevenirlas%20en%20ni%C3%B1os%20y%20j%C3%B3venes.%22&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=3ED-He6uM-AC&printsec=frontcover&dq=%22Adicciones:+Como+prevenirlas+en+ni%C3%B1os+y+j%C3%B3venes.%22&hl=es&sa=X&ei=dhAJVOXzEtDZoASz5oLoAg&ved=0CCMQ6AEwAA#v=onepage&q=%22Adicciones%3A%20Como%20prevenirlas%20en%20ni%C3%B1os%20y%20j%C3%B3venes.%22&f=false)

Consejo Nacional contra las Adicciones. (2010)

“ADICCIONES: Consecuencias a corto y largo plazo asociadas al consumo de sustancias adictivas”

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_folletoconsecuencias.pdf

De la Cruz, J.; Herrera, A. (2002)

“Adicciones en mujeres”

<http://donessantboi.files.wordpress.com/2010/07/adicciones-en-mujeres.pdf>

Fundación Acorde. (s/f)

“Relaciones con las drogas”

Registro de fundaciones de la secretaría de la consejería de presidencia y justicia del gobierno de Concordia.

<http://fundacionacorde.com/diferencia-entre-uso,-abuso-y-dependencia.html>

García-Rosado, E; Pérez, N. (2006)
"Ira y ansiedad en la abstinencia de alcohólicos rehabilitados".
Universidad Camilo José Cela.
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=604-

Marqueta, A; Jiménez-Muro, A; Beamonte, A; Gargallo, P; Nerín, I. (2010)
"Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar".
Revista ADICCIONES, 2010. Vol. 22. Núm. 4. Págs. 317-324
<http://www.adicciones.es/files/317-324%20marqueta.pdf>

Monte Fénix. (2010)
"Adicciones"
<http://www.montefenix.org.mx>

National Institute on Drug Abuse. (2008)
"El abuso de drogas y la adicción"
<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento/el-abuso-de-drogas-y-la-adiccion>

Oceánica. (2014)
"Drogadicción".
http://www.oceanica.com.mx/auto_farmacos.php

Onmeda (2011)
"Neurosis: definición".
<http://www.onmeda.es/enfermedades/neurosis-definicion-1539-2.html>

Romero, M.; Durand, S. (2006)
"Guía mujeres y hombres ante las adicciones"
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
<http://www.facmEditorialunam.mx/deptos/salud/genero/boletines/guia%20mujeres%20y%20hombres.pdf>

Sierra, J; Ortega, V.; Zubeidat, I. (2003)
"Ansiedad, angustia y estrés, tres conceptos a diferenciar"
Programa de psicología clínica y de la salud de la universidad de Granada. Granada-España.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>

Sin Autor. (s/f)
Centro de desarrollo de habilidades psicolingüísticas (CEDHAP) (2008)
Cholula, México
<http://www.terapia-psicologica.com.mx/adicciones.php>

Solano, P.; Cano, V. (2012)

“Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo”

<http://www.psicothema.com/pdf/4027.pdf>

Psicopatología y Género en adicciones.

http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/755/1/1cof1046615_.pdf

Vázquez, L. (2010)

“Salud mental: la ansiedad masculina”

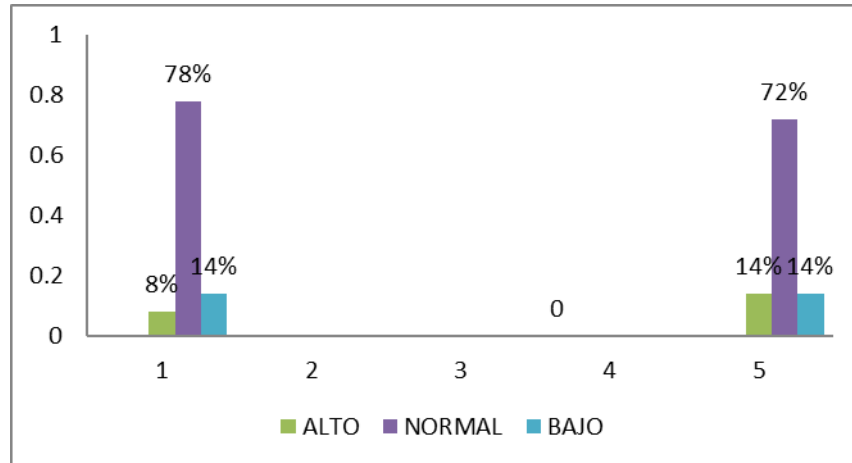
www.bellomagazine.com

Diferencia general

Niveles de ansiedad en hombres

Ansiedad Rasgo

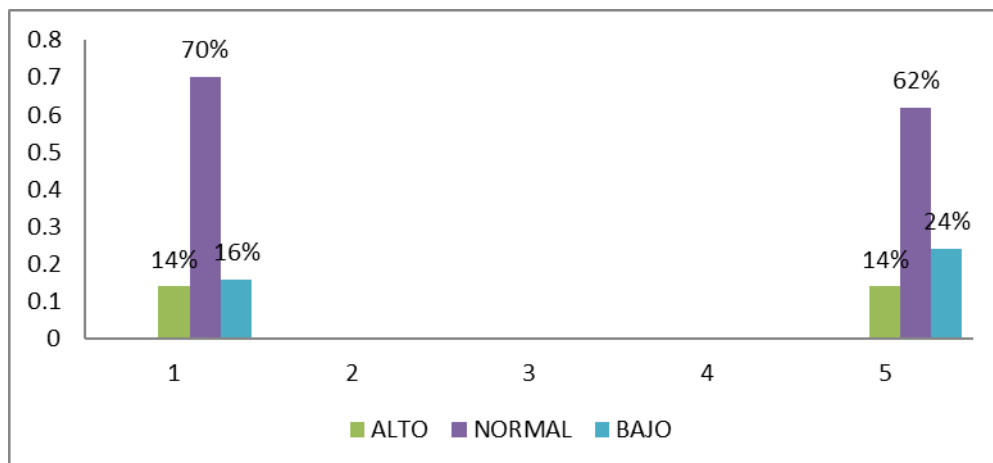
Ansiedad Estado



Niveles de ansiedad en mujeres

Ansiedad Rasgo

Ansiedad Estado



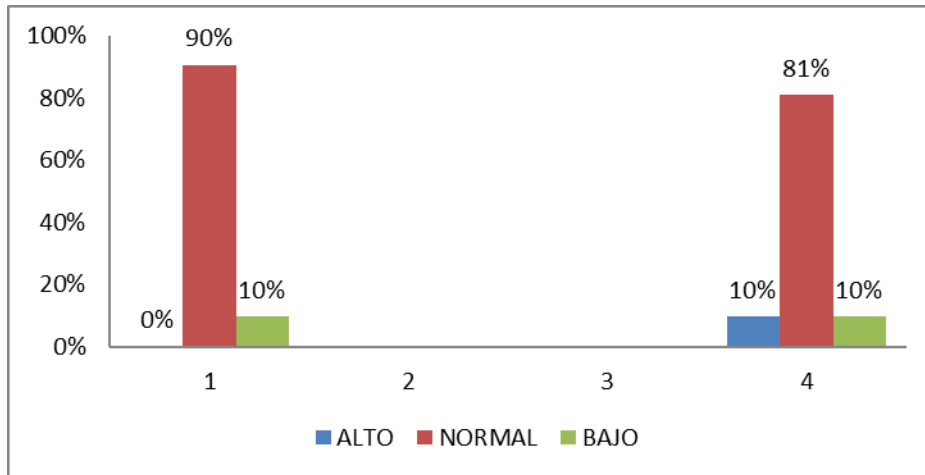
Diferencia por edades

15 a 19 años

Niveles de ansiedad en hombres

Ansiedad Rasgo

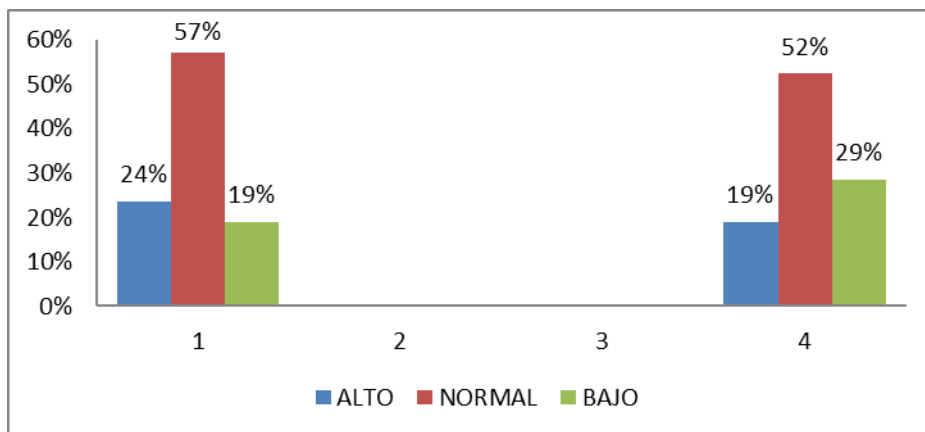
Ansiedad Estado



Niveles de ansiedad en mujeres

Ansiedad Rasgo

Ansiedad Estado

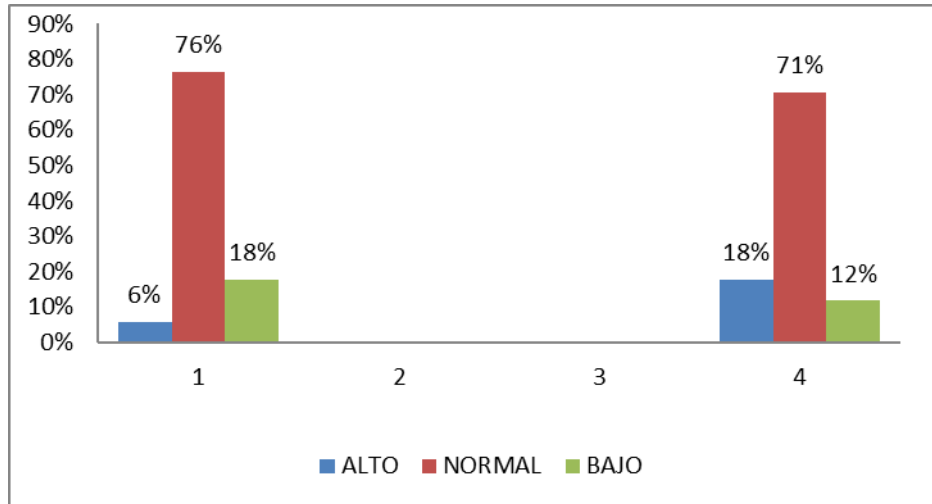


20 a 29 años

Niveles de ansiedad en hombres

Ansiedad Rasgo

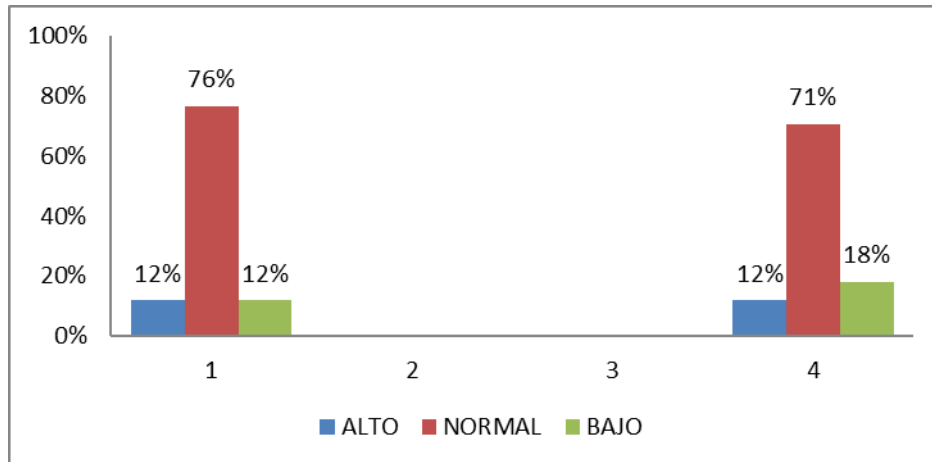
Ansiedad Estado



Niveles de ansiedad en mujeres

Ansiedad Rasgo

Ansiedad Estado

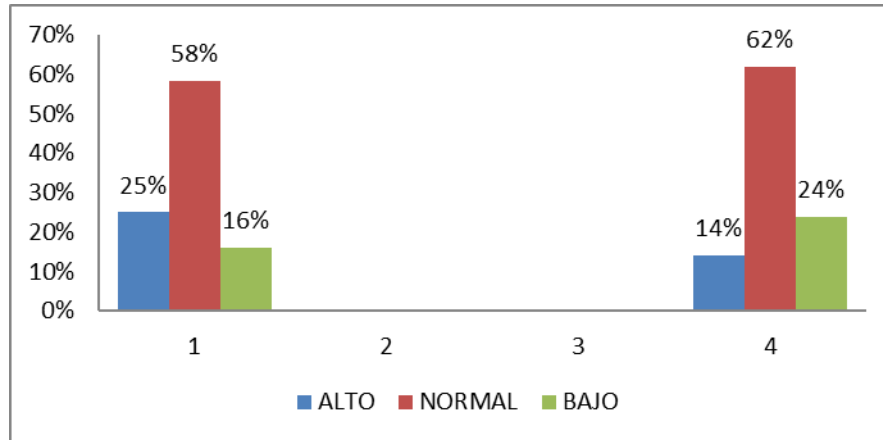


30 a 39 años

Niveles de ansiedad en hombres

Ansiedad Rasgo

Ansiedad Estado



Niveles de ansiedad en mujeres

Ansiedad Rasgo

Ansiedad Estado

