CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACIÓN DE ADICCIONES



¿Cómo sé que alguien tiene una adicción a sustancias?

www.renovadic.com.mx

¿Qué es la adicción?



CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE ADICCIONES-

Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro significativo, que se expresa durante un periodo continuo de 12 meses.

- 1)Tolerancia: a) una necesidad de cantidades altamente elevadas de la sustancia para conseguir el efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

¿Qué es la adicción?



CENTRO DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE ADICCIONES-

- 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 o en el consumo 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

Diferencias entre uso ocasional, abuso y adiccion/dependencia

Uso

Cuando su consumo es ocasional, relacionado con unos pocos acontecimientos, sin llegar a que se produzca dependencia ni repercusiones negativas en áreas importantes de la vida de una persona.



Abuso

- Consumo repetido de la sustancia que implica dejar obligaciones laborales, académicas o del hogar.
- Uso repetido de la sustancia en situaciones que implican riesgo para la persona.
- 3) Su consumo conlleva repercusiones legales (multas, deudas, juicios)
- Se sigue consumiendo a pesar de los problemas sociales y personales .



Dependencia

Es un conjunto de signos y síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico, que evidencian la pérdida de control que muestra una persona sobre el consumo habitual de tales sustancias.



Responde el siguiente cuestionario, si contestas afirmativamente en mas de 10 preguntas, es probable que tu familiar presente una adicción o este desarrollándola.

- 1. ¿Su familiar parece retraído, deprimido, cansado y descuidado en su aspecto personal? (Si)(No)
- 2. ¿Lo nota hostil y falto de cooperación? (Si) (No)
- 3. ¿Se han deteriorado las relaciones de su familiar con otros miembros de la familia? (Si) (No)
- 4. ¿Ha dejado a sus antiguos amigos? (Si) (No)

- 5. ¿No le va bien en la escuela?¿Ha empeorado las calificaciones o la asistencia es irregular? (Si)(No)
- 6. ¿Ha perdido interés por los pasatiempos, los deportes u otras actividades? (Si) (No)
- 7. ¿Han cambiado sus hábitos de dormir y comer, duerme demasiado? ¿Come exageradamente entre comidas, come muchas golosinas especialmente en horas de la madrugada? (Si)(No)
- 8. ¿Usa desodorantes o perfumes para tapar algún olor, de manera continua y prolongada ? (Si) (No)

- 9. ¿Tiene actitudes desafiante ante sus preguntas o reclamos? ¿Has observado que se rie de cualquier tontería, y se burla de todo lo que ve u oye? (Si) (No)
- 10. ¿Tiene las pupilas dilatadas? ¿Frecuentemente le encuentra los ojos rojos? (Si) (No)
- 11. ¿Tiene conversaciones telefónicas o encuentros con desconocidos? (Si) (No)
- 12. ¿Utiliza frecuentemente gotas para los ojos? (Si) (No)
- 13. ¿En su casa faltan objetos de valor o dinero? ¿Tiene su familiar una necesidad creciente de dinero? (Si) (No)

- 14. ¿Esta mas pálido de lo habitual? ¿Tiene el pelo descuidado? (Si) (No)
- 15. ¿Ha encontrado envases, latas o cualquier otro artefacto con agujeros en el centro o bien llaves o tubitos, que servirían para fumar la colilla de un cigarrillo sin filtro hasta el final sin quemarse? (Si) (No)
- 16. ¿Tiene su familiar papel para armar cigarrillos? (Si) (No)
- 17. ¿Despide mal olor en la vestimenta y en las sábanas? (Si) (No)
- 18. ¿Tiene objetos desgastados que permitan cortar droga como, por ejemplo, hojas de afeitar, tarjetas duras o cuchillos?
 (Si) (No)

- 19. ¿Tiene elementos que permitan aspirar la droga como, por ejemplo, bolígrafos sin tapas, tubitos, pajitas o billetes enrollados? (Si) (No)
- 20. ¿Ha encontrado, jeringas, cucharas o tapitas de bebidas?
 (Si) (No)
- 21. ¿Tiene la nariz enrojecida, le sangra o gotea a menudo? (
 Si) (No)
- 22. Tiene marcas de piquetes en brazos, piernas o cuello? (
 Si) (No)

¿Crees tener un problema así? ¿Alguien cercano a ti se comporta así?

iCambia y renueva tu vida ahora!

www.renovadic.com.mx renovadic@gmail.com

Telefonos:

01 55 46 06 25 95

01 55 49 87 86 99