

**INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL SOBRE LA CONCEPCIÓN ACTUAL DE LAS
CONDUCTAS ADICTIVAS COMO PARTE DE UN PROCESO DE
TRANSFORMACIÓN CONCEPTUAL.**



ELIZABETH STIERAND LEMUS

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES HUMANIDADES Y CIENCIAS POLITICAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
FACATATIVÁ
2017**

**INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL SOBRE LA CONCEPCIÓN ACTUAL DE LAS
CONDUCTAS ADICTIVAS COMO PARTE DE UN PROCESO DE
TRANSFORMACIÓN CONCEPTUAL.**



ELIZABETH STIERAND LEMUS

Trabajo de Grado para obtener el título de Psicólogo

Asesor(a): ADRIANA GALEANO AMAYA

Psicóloga

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES HUMANIDADES Y CIENCIAS POLITICAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

FACATATIVÁ

2017

Dedicatoria

Todo ser humano esta guiado por una fuerza interna o externa que lo motiva a vivir y ser cada día mejor, en mi caso esa existencia está regida por Dios, un Dios que conoce todos mis sueños, metas y deseos, es por esta razón que hoy le Dedico este trabajo primeramente a él por permitirme alcanzar este sueño, por enseñarme que aunque existe un camino lleno de obstáculos el siempre estará ahí para guiarme y levantarme en cuanto sea necesario; de igual manera quiero dedicar este sueño a la persona a quien eh tratado de imitar toda mi vida y quien sin importarle los sufrimientos o necesidades decidió dejar todo por mí: Mi Madre, de quien me siento inmensamente orgullosa y hoy sé que su pecho se llena de alegría tan solo de observar que me convierto en una Profesional, gracias Mamá por ser aquella roca firme que no dejo que decayera en mi sueño y por último pero no menos importante dedico este logro a mi hija, quien estando en mi vientre me demostró que para lograr vivir hay que luchar, creer y soñar, a mi guerrera en miniatura “Martina” tu mamá te dedica esta obra para que algún día sientas el deseo de crecer y ser quien quieras ser, porque siempre te apoyaré.

Elizabeth Stierand Lemus

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi asesora Adriana Galeano Amaya quien ha tenido la paciencia suficiente para guiarme en esta labor investigativa, agradezco de sobre manera que me haya enseñado a ser una mejor profesional tan solo con el hecho de escuchar y guiar de forma en que pudiera tener libertad para realizar mis ideas pero siempre con los pies en la tierra. También quiero agradecer a la docente Esmeralda Uribe quien puso en mi corazón el deseo de aprender de una problemática como lo es la salud mental en Colombia, por ella mis intereses de investigar sobre las conductas adictivas, puesto que espero algún día poder ayudar a otros desde el profesionalismo, la ética y el conocimiento necesario.

Agradezco a quienes creyeron en mí.

Por último pero no menos importante quiero agradecer a quién se ha convertido en mi amigo incondicional, además del amor de mi vida, y una de mis razones para ser cada día mejor ser humano, Ferney Linares Urrego quien además me ha enseñado que la vida se trata de ayudar a otros sin esperar nada a cambio. Gracias amor.

Elizabeth Stierand Lemus

Resumen

Esta investigación es un trabajo documental que explica, describe y analiza las diferentes concepciones relacionadas con los trastornos de tipo adictivo, en el recorrido teórico se enmarcan los diferentes conceptos de toxicomanía, drogodependencia y conducta adictiva, así como los modelos teóricos y políticos que se han encargado explicar desde diferentes paradigmas la forma en la que se adquiere y mantiene un trastorno adictivo, de igual manera se resalta la importancia de comprender a profundidad los avances conceptuales frente a la descripción de dichos trastornos para de esta forma crear programas preventivos de manera exitosa.

La investigación arrojó como resultado que los modelos teóricos más recientes resaltan la importancia de integrar el fenómeno, debe verse desde todas sus partes, con todos sus factores, no se debe encasillar al individuo ni ponerle una etiqueta buscando aislarlo de la sociedad, porque la verdad es que el verdadero problema estará ahí y la única solución es que desde las ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas se establezcan nuevas teorías que adopten la concepción de Conducta Adictiva entendida como un trastorno adictivo que tiene como base las conductas humanas que son producto de un aprendizaje constante, que tiene que ver con la sociedad actual, con las nuevas invenciones al igual que las nuevas formas de interacción.

Palabras clave: Toxicomanía, Drogodependencia, Conducta Adictiva, Modelos teóricos, Políticas públicas.

Abstract

This research is a documentary work that explains, describes and analyzes the different conceptions related to addictive disorders, in the theoretical course the different concepts of drug addiction, drug addiction and addictive behavior are framed, as well as the theoretical and political models that have been Responsible for explaining from different paradigms the way in which an addictive disorder is acquired and maintained, in the same way it emphasizes the importance of understanding in depth the conceptual advances against the description of such disorders in order to create preventive programs successfully.

The research proves that the most recent theoretical models emphasize the importance of integrating the phenomenon, it must be seen from all its parts, with all its factors, the individual should not be pigeonholed or labeled with a view to isolate it from society, because the truth is that the real problem will be there and the only solution is that from the Social Sciences, Humanities and Political Sciences will establish new theories that adopt the concept of Addictive Behavior understood as an addictive disorder that is based on human behaviors that are the product of a Constant learning, which has to do with current society, with new inventions as well as new forms of interaction.

Key words: Drug addiction, Drug addiction, Addictive behavior, Theoretical models, Public policies.

Tabla de Contenido

	Pág.
Dedicatoria	I
Agradecimientos	II
Resumen	III
Abstract	IV
Tabla de Contenido	V
Lista de Tablas	IX
Lista de Figuras	X
Línea de Investigación	XI
Introducción	XII
Capítulo I: Planteamiento del Problema	15
1.1 Justificación.....	15
1.2 Objetivos de la Investigación.....	18
<i>1.2.1 Objetivo General</i>	18
<i>1.2.2 Objetivos Específicos</i>	18
1.3 Preguntas de Investigación.....	18
<i>1.3.1 Pregunta Problema</i>	18
<i>1.3.2 Preguntas Emergentes</i>	19
Capítulo II: Fundamentación teórica	20
2.1 Antecedentes Investigativos.....	20
2.2 Antecedentes históricos.....	22
2.3 Toxicomanía y habituación.....	26

2.4 Drogodependencia.....	27
2.5 Trastornos adictivos y conducta adictiva.....	28
2.6 Conceptos generales de los trastornos adictivos.....	29
2.6.1 Drogas y drogas de abuso.....	29
2.6.2 Uso, hábito y abuso.....	30
2.6.3 Dependencia.....	32
2.6.4 Tolerancia.....	34
2.6.5 Síndrome de abstinencia.....	36
2.6.6 Desintoxicación.....	37
2.6.7 Deshabitación.....	37
2.7 Criterios diagnósticos del DSM V y el CIE 10.....	38
2.8 Formas de consumo.....	42
2.9 Vías de administración.....	43
2.10 Clasificación de las sustancias.....	44
2.10.1 Estimulantes del sistema nervioso.....	45
2.10.1.1 Cocaína.....	45
2.10.1.2 Anfetaminas.....	45
2.10.2 Depresoras del sistema nervioso.....	46
2.10.2.1 Heroína.....	46
2.10.2.2 Alcohol.....	47
2.10.3 Alucinógenas.....	47
2.10.3.1 LSD.....	48
2.10.3.2 Cannabis.....	48

2.10.3.3 Drogas de síntesis.....	49
<i>2.11 Modelos de análisis de los trastornos adictivos.....</i>	<i>49</i>
2.11.1 Teorías parciales o basadas en pocos componentes.....	50
2.11.1.1 Teoría de trastorno con sustrato biológico.....	50
2.11.1.2 Teorías del aprendizaje.....	54
2.11.1.2.1 Condicionamiento clásico.....	54
2.11.1.2.2 Condicionamiento operante.....	55
2.11.1.3 Teorías de actitud-conducta.....	57
2.11.1.3.1 Teoría de la acción razonada.....	57
2.11.1.3.2 Teoría de la conducta planificada.....	58
2.11.2 Teorías de estadios y evolutivas.....	59
2.11.2.1 Modelo Evolutivo de Kandel.....	59
2.11.2.2 Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas.....	61
2.11.3 Teorías integrativas y compresivas.....	62
2.11.3.1 Aprendizaje social y teoría cognitiva social.....	62
2.11.3.2 Modelo de desarrollo social.....	64
2.12 Modelos Interdisciplinarios.....	66
2.12.1 Modelo Jurídico.....	67
2.12.2 Modelo Médico.....	67
2.12.3 Modelo Sociocultural.....	68
2.12.4 Modelo Político.....	69
<i>2.13 Políticas Públicas.....</i>	<i>69</i>
2.13.1 Políticas Internacionales.....	70

2.13.2 <i>Políticas Nacionales</i>	71
2.13.2.1 Ley 30 de 1986.....	72
2.13.2.2 Ley 745 de 2002.....	74
2.13.2.3 Ley 1566 de 2012.....	75
Capítulo III: Marco Metodológico.....	78
3.1 Tipo de Investigación.....	78
3.2 Procedimiento.....	79
3.2.1 <i>Muestra</i>	79
3.2.2 <i>Técnicas</i>	79
3.2.3 <i>Instrumentos</i>	79
3.2.4 <i>Fases</i>	80
3.2.4.1 Fase 1.....	80
3.2.4.2 Fase 2.....	81
3.2.4.3 Fase 3.....	82
3.2.4.4 Fase 4.....	82
Capítulo IV: Resultados.....	84
Discusión.....	96
Conclusiones.....	102
Referencias.....	104
Anexos.....	113

Lista de Tablas

Tabla 1. Descripción de criterios diagnósticos trastornos por consumo de sustancias

Tabla 02. Criterios de selección

Tabla 03. Ficha Bibliográfica (Formulario Access)

Tabla 04. Ficha Hemerográfica (Formulario Access)

Tabla 05. Ficha de Informe/Ley (Formulario Access)

Tabla 06. Trabajo de Grado (Formulario Access)

Tabla 07. Ficha de Resumen Analítico

Tabla 08. Formato matriz de análisis conceptos históricos

Tabla 09. Formato matriz de análisis de modelos teóricos

Tabla 10. Matriz de transformación conceptual del termino Conducta Adictiva

Tabla 11. Matriz de Identificación de los modelos teóricos explicativos de la Conducta Adictiva

Lista de Figuras

Figura 1. Resumen de los conceptos básicas de las conductas adictivas así como el proceso que estas conllevan.

Figura 02. Mapa de modelos teóricos generales de conductas adictivas. Diseño de investigador

Figura 03. Prevalencia de Investigaciones por País

Figura 04. Prevalencia de Investigaciones por Año

Figura 05. Prevalencia de Investigaciones por Tipo

Figura 06. Transformación Conceptual

Línea de Investigación

Según el Comité de Trabajo de Grado del programa de Psicología (2015) toda actividad investigativa desarrollada deberá estar adscrita a alguna de las líneas de investigación de la Universidad de Cundinamarca extensión Facatativá, estas son entendidas como la estructura temática de los programas y proyectos los cuales deben tener como características principales la coherencia, relevancia, impacto científico, económico, político y ambiental; razón por la cual la Facultad de Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas a través del programa de Psicología posee dos líneas de investigación: Estudios Psicosociales en Contextos Comunitarios y Desarrollo Humano, líneas desde las cuales deberán enmarcarse los trabajos.

Teniendo en cuenta lo anterior esta Investigación Documental sobre la Concepción actual de las Conductas Adictivas como parte de un proceso de transformación conceptual, se realizó sobre la línea de investigación de Desarrollo Humano, ya que como lo menciona el Manual de Trabajo de Grado de Psicología (2015) estas investigaciones tendrán como objetivo:

...Abordar los estudios sobre el bienestar y la calidad de vida en un sentido complejo y amplio... Aquí se incluyen trabajos que buscan identificar, explicar y comprender relaciones entre variables... busca aproximarse a las dinámicas de los conflictos que emergen y convergen en la complejidad del desarrollo humano, las implicaciones éticas y la calidad de vida...(p.10).

De la misma manera esta investigación busca cumplir con esta línea al tener como objetivo analizar la transformación conceptual de la toxicomanía hasta la concepción actual de la Conducta Adictiva, lo que implica un estudio basado en la aproximación a las diferentes dinámicas históricas y de desarrollo humano, estableciendo relaciones y buscando comprenderlas.

Introducción

La presente investigación se encuentra suscrita al programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Humanidades y Políticas, el cual es ofertado en la extensión de Facatativá de la Universidad de Cundinamarca (UdeC); la UdeC es una institución de educación superior de carácter público que tiene como misión central la construcción académica, caracterizándose por ser científica-investigativa, esta se asumirá desde una perspectiva individuo-sociedad que se encuentre comprometida con la libertad, la democracia y el desarrollo humano sostenible; debe estar sustentada por modelos pedagógicos contemporáneos con el desarrollo científico y tecnológico teniendo siempre como prioridad la investigación y el conocimiento de las realidades culturales y sociales desde un enfoque regional, para lo que promueve la formación de profesionales con sentido humanista, capacidad de liderazgo, compromiso ético y responsabilidad social (Universidad de Cundinamarca [UdeC], 2016).

La UdeC (2016) tiene tres campos de formación: El campo de formación educativo, el campo de formación organización, y el campo de formación social; la investigación se desarrolla dentro de este último campo, el cual se orienta a los procesos comunicacionales y trabajo grupal, con la evaluación de necesidades sociales que afecten la calidad de vida de una comunidad para así diseñar estrategias de intervención social que proporcionen soluciones a problemáticas de orden social-comunitario. Se busca el análisis y explicación de fenómenos que son simultáneamente psicológicos y sociales; se pretende la construcción de conocimiento a través las interacciones de los sujetos, los pensamientos y las construcciones sociales que están inmersos en la historicidad de los procesos culturales y sociales, para obtener resultados que promuevan el cambio por parte de los sujetos que logre una transformación de estos agentes activos de su realidad. (Colegio Colombiano de Psicólogos [COLPSIC], 2016).

A partir de la importancia de la investigación de orden social-comunitario, se decidió trabajar bajo este mismo campo realizando una investigación documental, donde a través del análisis de la diferente literatura disponible se realizó un recorrido histórico y teórico frente a las concepciones actuales entorno a las conductas adictivas, esto permitió ampliar el conocimiento frente a los modelos teóricos y políticos que han influenciado los diferentes cambios conceptuales además de formar parte esencial de la comprensión de un problema social tan complejo como lo son los trastornos adictivos.

Capítulo I: Planteamiento del Problema

1.1 Justificación

En los últimos años las conductas adictivas se han convertido en una de las mayores problemáticas a nivel global, esto debido a la creación de nuevas drogas, además de los nuevos fenómenos adictivos relacionados con las nuevas tecnologías y formas de relacionamiento por parte de las personas, en este sentido los diferentes países han buscado combatir tanto la oferta como la demanda en cuanto a la comercialización de las drogas y en relación con las conductas los países están tratando estas temáticas como problemas nuevos de salud mental (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2014).

Pero estas estrategias no han resultado exitosas producto a la ineficacia de las sanciones legales, además de que el fenómeno en vez de ir disminuyendo va en aumento; actualmente los países están basando sus esfuerzos en la prevención, tratamiento y rehabilitación de este tipo de conductas pero de igual manera las acciones no son suficientes debido a la falta de conocimiento frente a la magnitud, las consecuencias, el tipo de conductas y el tipo de población, y la falta de información confiable, ya que esta información es carente, no existe una base de información epidemiológica exacta que permita diseñar de manera apropiada programas eficaces además de que existan procesos de evaluación para los mismos diseños (OEA, 2014).

Según la United Nations Office On Drugs and Crime (UNODC) para lograr mejorar la calidad de la información frente a esta problemática es necesario aumentar la confiabilidad de los datos investigativos, debido a que se han encontrado varias limitaciones tales como el hecho de que existen pocas encuestas, tan solo la mitad de los países tienen encuestas acerca de las conductas adictivas, además la mayoría de la información está enfocada a subgrupos mas no en la población general; adicional ah esto las encuestas se centra en la problemática del consumo de

sustancias adictivas pero no existen generalizaciones frente al resto de conductas consideradas adictivas (UNODC, 2015).

Otra limitación es la deficiencia en los datos ya que la mayoría de investigaciones realizadas no poseen una estandarización en cuanto al método o la homogeneización de las preguntas, lo que quiere decir que las investigaciones muchas veces excluyen poblaciones, contextos o situaciones determinadas lo que impide una evaluación real frente a los patrones y tendencias de las conductas adictivas, adicional a esto la falta de los estándares entre país no permite que las investigaciones se realicen en forma comparativa y el contraste muchas veces es inexisten, aportando pocos datos fiables para la realización de programas preventivos o de intervención que puedan ser aplicados en diferentes país o contextos (UNODC, 2015).

Dadas estas condiciones la recopilación y análisis de los textos investigativos permite la generación de un nuevo conocimiento en materia a las conductas adictivas, ya que el proceso de síntesis que propone la investigación documental da cuenta de los diferentes contextos y poblaciones en los cuales se han llevado a cabo las investigaciones relacionadas con las adicciones y las conductas implicadas, como se menciona en el informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud (2009) las investigaciones se orientan a conocer el consumo en escuelas y universidades con población juvenil, además exclusivamente al consumo de sustancias psicoactivas.

El panorama epidemiológico relacionado con los trastornos adictivos, aunque es importante resaltar que este panorama está enfocado en el consumo de sustancias adictivas, debido a que las investigaciones frente a las conductas adictivas en todo el sentido son escasas y no poseen una validez estandarizada, por esa razón se muestran las estadísticas más recientes realizadas a nivel

nacional e internacional que permiten dar cuenta del incremento de esta problemática marcada por la desinformación científica.

En el informe realizado por la UNODC en el 2015 se evidencio que en el 2013, 246 millones de personas (1 de cada 20 personas) consumieron sustancias, las edades están comprendidas de entre los 15 y 64 años, la distribución de esta tendencia se encuentra delimitada en la siguiente gráfica. De igual manera se calcula que 27 millones de personas tienen trastornos adictivos derivados del consumo de sustancias adictivas; el crecimiento de trastornos ha aumentado a nivel mundial en un 5,2% en relación con los anteriores años; de este porcentaje tan solo 1 de cada 8 personas que poseen este tipo de problemáticas tienen acceso a un tratamiento, ya sea de índole particular o público.

En el caso particular de Colombia el más reciente Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2013, se resaltó que el uso y consumo de las sustancias ilícitas ha tenido un aumento significativo en relación con el último estudio realizado en el año 2008, donde la prevalencia de uso paso del 2,6% al 3,6% en el uso durante el último año y del 8,8% al 12,2% en el uso alguna vez en la vida; lo que permite determinar que en Colombia alrededor de tres millones de personas consumen o han consumido alguna clase de sustancia psicoactiva (Scoppeta, Arenas y León, 2013).

De igual manera se relaciona el aumento en este tipo de problemáticas debido a la aparición de nuevas conductas que están generando problemáticas de salud mental de tipo adictivo, en los últimos informes de Drogas como lo es el World Drug Report 2015 se hace un registro de que en el mercado de sustancias han aparecido un total de 450 nuevas sustancias al igual que han aparecido nuevas conductas relacionadas con las nuevas tecnológicas que están teniendo los

mismos efectos que las sustancias para generar síntomas de dependencia, tolerancia y abstinencia que se están convirtiendo en una problemática silenciosa que cada vez aumenta con más fuerza.

Actualmente esta problemática necesita ser contextualización para de esta manera empezar con la producción investigativa que esté orientada a la estandarización y al conocimiento real de la situación de las conductas adictivas no solo a nivel nacional sino también a nivel Internacional, para poder crear programas homogéneos enfocados a la rehabilitación y tratamiento no solo del consumo de sustancias sino a todas aquellas conductas adictivas que actualmente son muchas veces desconocidas o poco estudiadas; por esta razón la investigación propone ser un aporte teórico donde se evidencie a través de los diferentes textos investigativos la concepción actual de las conductas adictivas (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

1.2 Objetivos de Investigación

1.2.1 Objetivo General. Analizar la transformación conceptual de la toxicomanía hasta la concepción actual de la Conducta Adictiva.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- 1) Identificar las teorías explicativas de los trastornos adictivos.
- 2) Analizar el impacto actual de las conductas adictivas en los modelos interdisciplinarios de comprensión e intervención de la Conducta Adictiva.
- 3) Analizar la relación de las políticas nacionales e internacionales con el concepto de la Conducta Adictiva.

1.3 Preguntas de Investigación

1.3.1 Pregunta Problema. ¿Cómo se ha transformado el concepto de toxicomanía hasta la concepción actual de Conducta Adictiva?

1.3.2 Preguntas Emergentes.

1) ¿Cuáles han sido los modelos teóricos explicativos encargados de conceptualizar y explicar los trastornos adictivos?

2) ¿Cuál ha sido el impacto de la concepción de las conductas adictivas en los modelos interdisciplinarios de comprensión e intervención de la Conducta Adictiva?

3) ¿Cómo es la relación de las políticas nacionales e internacionales con el concepto de la Conducta Adictiva?

Capítulo II: Fundamentación teórica

2.1 Antecedentes Investigativos

En los últimos años los diferentes país en especial los latinoamericanos han buscado dar respuesta a una problemática de salud pública como lo son las adicciones que con el pasar de los años va en aumento debido al crecimiento global que ha experimentado, donde las nuevas tecnologías han jugado un papel crucial no solo para la invención de nuevas herramientas sino también para el descubrimiento de nuevas sustancias y formas para lograr generar en el ser humano conductas que afectan su normal desarrollo; tal y como se menciona en una investigación producida en México “Las drogas y la salud pública ¿Hacia dónde vamos?” los enfoques de salud pública deben adoptar una enfoque más amplio, las investigaciones deben aumentar para lograr una integración en las políticas lo cual solo podrá tener resultado con una revisión teórica frente a los nuevos contextos de las adicciones (Medina, Real, Villatoro y Natera, 2013).

En una de las últimas investigaciones realizadas en Colombia “Tratamiento de adicciones en Colombia” se hace una crítica frente a la información que poseen los profesionales de la salud en el área de las conductas adictivas, debido a que las instituciones universitarias no se han involucrado en la realización de investigaciones que reflejen las conceptualizaciones y los criterios diagnósticos de este tipo de trastornos, es un claro reflejo de la ausencia de bases teóricas que presenten un estandarización de los diagnósticos que no estén centrados exclusivamente en el consumo de drogas sino que además tenga en cuenta las conductas asociadas a este tipo de problemáticas, debido a esto se recomienda que tanto las entidades académicas como los centros de atención inicien una etapa investigativa mucho más amplia (Hernández, 2010).

Ya desde el año 1998 se empezaron a realizar recomendaciones frente a la necesidad de ampliar el conocimiento frente a las conductas adictivas, tal y como lo determina en la investigación de los “Factores de riesgo en la etapa de iniciación en la Conducta Adictiva al tabaco” los estudios donde se analice el comportamiento adictivo y una diferenciación entre géneros son muy pocos, lo que no está permitiendo un diagnóstico diferencial orientado a cumplir con las necesidades particulares de los individuos, los tratamientos no están teniendo en cuenta los criterios diagnósticos y los síntomas del síndrome de abstinencia particulares de cada conducta adictiva (Bayot, 1998).

En una investigación más reciente denominada “Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones” se hace referencia a la falta de información y el desconocimiento generado por la escasa investigación científica, lo que ha generado que se generen una serie de mitos o falsas creencias frente a los síntomas, los efectos, y consecuencias de los diferentes trastornos asociados a las conductas adictivas, y donde además la responsabilidad no solo deben recaer en las autoridades políticas sino también de la comunidad académica y la sociedad civil quienes desde la perspectiva investigativa no está generando oportunidades para la creación de nuevo conocimiento (Berruecos, 2010).

De igual manera la conceptualización realizada en la investigación sobre “Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones” determina que las adicciones son una condición conductual, donde se dirigen los comportamientos a la búsqueda de una sensación placentera o la reducción de una sensación de malestar, estas conductas cumplen un patrón de fallo recurrente, donde los mecanismos de control no son suficientes, estas conductas han sido explicadas desde diferentes teorías y modelos enfocados a la comprensión de los diferentes mecanismos de adquisición y mantención de la conducta adictiva. De igual manera se hace la salvedad que esta

definición aún debe ser ampliada para poder ser homogeneizada en todos los trastornos adictivos (Pérez, Rojo, Sánchez, Llanero y Puerta, 2011).

2.2 Antecedentes históricos

El consumo de sustancias se ha presentado desde épocas históricas, claro no era llamado ni conocido como hoy en día, por ejemplo durante el paleolítico se empiezan a utilizar sustancias embriagantes con fines de creencias mágicas, religiosas, militares y sanitarias, es decir que su uso inicial no fue con fines lúdicos sino con fines prácticos, mientras que en la época Neolítica se da la primera sustancia toxica y con fines recreativos al descubrir sus efectos, esta sustancia es similar a lo que hoy se conoce como cerveza, pues era cebada fermentada. Más adelante aparecen los griegos y los romanos con la producción y consumo de un nuevo producto, el vino, que era consumido con fines lúdicos por lo que se empezaron a evidenciar los primeros casos de alcoholismo, así fue hasta cuando aparecieron los Visigodos quienes acaban hasta el último viñedo y vuelven a consumir la “cerveza” (Gabantxo, 2001).

El consumo de esta clase de sustancias empezó a volverse masivo debido a la implementación de medios marítimos para su transporte, pero ya en la edad media los Árabes por abstemia paran el consumo tanto de vino como de cebada fermentada; sin embargo en otros países empieza a tomar fuerza el tabaquismo, como es el caso de España donde Cristóbal Colon introduce el tabaco el cual conoce gracias a los aborígenes de otros países donde era utilizado para fines mágicos, religiosos y curativos; pero los españoles lo empiezan a utilizar con fines recreativos y sociales volviéndolo negocio marítimo y haciéndolo popular en otras culturas, con quien realizaban intercambios comerciales (Gabantxo, 2001).

Por su parte otras sustancias como la coca, el chocolate y el opio se dieron a conocer desde tribus indígenas, en este caso los dos primeros por los aztecas y el ultimo por los incas, en

conclusión se ha encontrado que en la mayoría de los casos el uso de estas sustancias fue con fines medicinales o de creencias culturales hasta cuando empiezan a ser manipuladas por exceso y con fines económicos, de recreación y/o estatus económicos (Gabantxo, 2001). Es solo a partir del siglo XX cuando el consumo de ciertas sustancias empieza a constituirse como un problema de carácter social, y se crea la necesidad de que los poderes públicos tomen acciones serias frente a este nuevo fenómeno (Kornblit, Camarotti y Di Leo, 2010).

Debido a esta necesidad sociedades occidentales deciden reunirse en Shangai en el año 1909 donde trece naciones establecen las primeras medidas para el control del tráfico de Opio dejándolo exclusivamente para uso medicinal, pero luego en 1925 esta problemática ya no solo radica en la comercialización de sustancias sino en su consumo por esto se realiza la Segunda Convención Internacional de Opio en Ginebra donde se considera tomar acciones para prevenir el consumo recreativo, estableciendo mayores controles en la comercialización, adicionalmente se vuelve un problema social que empieza a generar el interés del público en todos los temas relacionados a la venta y consumo de esta y otras sustancias (Kornblit, *et al.* 2010).

Pero es solo en 1964 que gracias a la Convención Única sobre estupefacientes se empieza a evidenciar la necesidad de crear protocolos de intervención frente al consumo de diferentes sustancias, dentro de estos nuevos protocolos se conceptualiza el termino toxicomanía, que hacía referencia al consumo excesivo de sustancias como la marihuana, opio y alcohol, y es debido a esto que se crea la obligación por parte de los estados para generar tratamientos médicos y de rehabilitación para toxicomaniacos. El conocimiento científico frente a las drogas para esta época era escaso, lo que produjo un estado de desconocimiento en el cual se crearon estereotipos e ideas equivocadas de las implicaciones físicas, emocionales y sociales del consumo (Kornblit, *et al.* 2010).

Este desconocimiento frente a las implicaciones reales del consumo de diferentes sustancias ocasiono que se crearán políticas estatales prohibicionistas que buscaban proteger a las personas y a la sociedad de dichas sustancias, pero que tuvieron un efecto contrario, y la falta de investigaciones y experticia por parte de los Estados fue notoria posteriormente (Kornblit, *et al.* 2010). . Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974 dejaron en evidencia que el consumo de drogas existe desde épocas remotas en el ser humano, afirmando que desde las primeras generaciones el uso de sustancias que alteran de alguna forma el estado natural del ser humano han estado siempre presentes, pero no se debe clasificar inmediatamente como algo negativo (Keane, Reaper-Reynolds, Williams y Wolfe, 2006).

Y como se ha mencionado anteriormente el consumo de drogas ha estado presente desde épocas pasadas, tuvo sus inicios en las culturas primitivas donde su uso era exclusivo para las practicas sanadoras y/o rituales religiosos pero a través de los años esta práctica fue modificada por lo que es posible decir que los problemas de consumo llegaron en el momento que aparecieron las sustancias fermentadas tales como la cerveza, el vino, entre otros, y es que en la Edad Media el alcohol tuvo una gran aceptación lo que provoco los primeros problemas derivados del uso y abuso del alcohol, posteriormente las sustancias evolucionaron, a mediados del siglo XIX los avances químicos lograron la creación de nuevas sustancias así como el descubrimiento de nuevas formas de introducir la sustancia en el cuerpo (vía intravenosa) lo que ocasiono la aparición de nuevas sustancias capaces de tener efectos más rápidos en el cerebro humano, lo que ha hecho que el consumo de sustancia se convierta en uno de los problemas biopsicociales más notables del presente siglo, además de que la comercialización de estas sustancias tanto las legales como ilegales, representan ganancias extraordinarias para aquellos que las producen y/o las venden (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011)

El consumo de drogas es un fenómeno global, que se ha venido investigando desde años pasados, pero es solo en la actualidad donde este ha adquirido un carácter urgente, puesto que ha evolucionado rápidamente, convirtiéndose en un problema de salud pública que no difiere entre sexo, estrato, nivel educativo etc; y es que la ingesta de drogas es un fenómeno bastante complejo que abarca áreas sociológicas, psicológicas, culturales, antropológicas, ideológicas, económicas, políticas entre otras, es por esto que investigarla se ha vuelto una prioridad a nivel mundial buscando de esta forma soluciones radicales que ayuden a controlar su rápido aumento en los últimos años. Se ha llegado a considerar al consumo de drogas como una epidemia debido a sus consecuencias socio-sanitarias (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009).

Antes de continuar es importante resaltar que el consumo de drogas visto como un problema de salud mental ha adquirido diferentes nombres a lo largo de los años en un principio se utilizaron los términos toxicómano y toxicomanía para referirse a la persona y a la enfermedad del abuso de cualquier sustancia que alterara el organismo, progresivamente este término fue reemplazado por los términos drogodependiente y drogodependencia debido a que este representaba en el momento un término aislado de los prejuicios morales y legales, en los últimos años estos términos fueron sustituidos por conceptos más amplios adicción y adicto los cuales buscaban la inclusión de todos aquellos trastornos mentales de abuso y dependencia, es actualmente donde todos estos términos han sido renovados hasta llegar a la concepción de conducta adictiva el cual busca disminuir la estigmatización de las personas con esta clase de problemáticas (Bobes, et al., 2011).

Y es que hay que tener en cuenta que al momento de conceptualizar el consumo de drogas y/o sustancias psicoactivas se pueden encontrar diversos paradigmas científicos los cuales proponen diferentes definiciones según la ciencia y disciplina desde la cual se desenvuelven, sin

embargo estas concepciones no describen en su totalidad las verdaderas implicaciones de un fenómeno tan complejo como lo es el consumo de sustancias (Jaramillo, 2010). Es debido a esto que los nuevos manuales de diagnóstico psicológico presentaron modificaciones que como se mencionó anteriormente buscan reemplazar los conceptos de toxicomanía y drogodependencia para redefinirlos en los términos de trastornos adictivos y conductas adictivas para de esta forma lograr abarcar no solo los trastornos por abuso y dependencia de sustancias sino aquellos patrones de comportamiento repetitivos que representan de igual manera un deterioro en la persona.

2.3 Toxicomanía y habituación

Los antecedentes históricos permiten tener una idea más clara de cómo a través del tiempo se han ido construyendo diferentes conceptos para explicar el fenómeno del consumo de sustancias en sus diferentes dimensiones; en los primeros estudios la Organización Mundial de la Salud (OMS) empezó a definir el concepto de consumo de sustancias bajo la denominación de toxicomanía la cual define el consumo como un invencible deseo o necesidad de seguir consumiendo la droga, y buscando conseguir la dosis de cualquier forma posible, con una tendencia a aumentar la dosis debido a una dependencia tanto psicológica como física la cual es nociva no solo para la persona sino también para la sociedad (Sánchez, 1991).

Debido a esto las personas que consumían sustancias eran conocidas como toxicománicas denominadas de esta forma debido a la dependencia psicológica y física, la cual no puede ser controlada por el individuo ni las personas que lo rodean; para esta época la toxicomanía era evidencia de anomalías en la personalidad del individuo mas no era conceptualizado como un problema de salud mental, no se tenía en cuenta las implicaciones ni sociales, ni biológicas que podrían estar relacionadas con el consumo de sustancias, además esta conceptualización no

poseía tipificación de las diferentes sustancias, sino era un concepto general que aglomeraba todo tipo de sustancia que genera en el individuo los síntomas anteriormente mencionados (García, 2001).

En años posteriores la OMS debido a la necesidad de diferenciar el uso toxicomaniaco del consumo generado por un hábito introduce el término habituación que se refiere a una situación en la que el individuo debido a consumo repetido de una droga se habitúa a ella, lo que ocasiona que continúe su consumo aunque no de forma compulsiva, y lo hace con el fin de mantener la sensación de bienestar, no existe una tendencia a aumentar el consumo sin embargo la dosis se mantiene, adicionalmente conceptualiza que la dependencia es de tipo mental y no se presentan síntomas físicos, y los daños son de tipos individuales mas no hay afectación a la sociedad (Sánchez, 1991).

2.4 Drogodependencia

Sin embargo los términos de toxicomanía y habituación generaron confusión en la forma adecuada en la cual debían ser empleados, adicionalmente la aparición de nuevas sustancias sumado al aumento del consumo en la población produjo que estos términos fueran sustituidos en 1964 por el de dependencia el cual para la OMS era un término general que podía ser empleado en todos los tipos de consumo de una sustancia; por esto definió la dependencia como un estado que es originado por el consumo y la administración de cualquier tipo de sustancia ya sea en forma periódica o continua y que puede presentar ciertas características propias de la naturaleza de cada sustancia (Becoña, 2002).

Un año después la OMS (1965 como se citó en Sánchez, 1991) da a conocer la definición de droga como “cualquier sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias funciones” (p. 8), término que buscaba abarcar todas aquellas sustancias farmacológicas

disponibles en el mercado; tras la introducción de esta nueva definición se empieza a usar el término drogodependencia que se define como la unión entre las características de la dependencia de una sustancia y las modificaciones funcionales ocasionadas por una droga en el sistema de un individuo, paralelo a esto se definieron dos tipos de dependencia que buscaban mayor especificación en cuanto al tipo de drogodependencia (Sánchez, 1991).

La dependencia psíquica es el primer tipo de dependencia y se refería a la capacidad que tiene una droga para generar sensaciones placenteras en el individuo de tipo mental que conllevan a que este deba repetir o aumentar el consumo de una droga para volver a la sensación placentera o disminuir el malestar psíquico generado por la ausencia de la droga; la dependencia física es el segundo tipo de dependencia la cual se definió como un trastorno físico presentado por la ausencia de una droga en el cuerpo lo que produce signos y síntomas físicos fuertes de tipo somático y psíquico característicos de la sustancia abandonada, este tipo de dependencia genera necesidad de consumo debido al malestar físico ocasionado (Gutiérrez, 2011).

2.5 Trastornos adictivos y conducta adictiva

En la última mitad del siglo XX el consumo de sustancias se catalogaba como adicción o drogodependencia, la cual se basaba en los conceptos de droga y dependencia, pero estos términos evolucionaron a partir de las nuevas necesidades inmersas en la sociedad, donde no solo las sustancias ingeridas ocasionaban dependencia sino que también existían conductas capaces de producir características de dependencia, además de que representaban una pérdida del control por parte del individuo, adicionalmente esto tiene una incidencia negativa en el entorno personal, familiar y social de la persona (Becoña & Cortés, 2010).

Debido a la aparición del grupo de conductas patológicas la conceptualización debió ampliarse dando como resultado la implementación del término trastorno adictivo el cual según

Gossop (1989 como se citó en Becoña & Cortés, 2010) poseía todos los elementos característicos para determinar una dependencia, el primero era un fuerte deseo o compulsión por realizar una conducta (ya sea de un comportamiento específico o el consumo de una droga), el segundo es cuando no es posible controlar la conducta o el consumo de drogas, el tercero es el malestar físico y psicológico que produce la falta de la conducta o de la droga y el cuarto se refiere a la insistencia por parte del individuo de realizar la conducta o consumir la droga a pesar de las consecuencias negativas que esto ocasionaba.

En busca de un concepto más preciso se empieza a manejar el término conductas adictivas el cual es definido como toda conducta que represente una pérdida de control por parte del sujeto ya sea de tipo comportamental o de consumo de drogas, que en el transcurso generan una dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia lo que ocasiona un desequilibrio general en la vida de la persona (Becoña & Cortés, 2010). Y es que el término de conducta adictiva también tiene su origen en las diferentes críticas realizadas a los términos drogadicto y adicto que inmediatamente tiene una connotación negativa, logrando que se vea a la persona como de alto riesgo para la sociedad ya que llega a cometer conductas delictivas y además deteriora el entorno social en el cual participa (Martínez, 2000). Es por esto que entender al consumo de drogas y/o sustancias como una conducta implica un reto para los nuevos tratamientos al igual que las investigaciones, puesto que estas deben centrarse en la persona, de forma integral evitando realizar juicios acerca de las razones, consecuencias o entornos en los cuales se desarrolla la conducta adictiva (Sanchis, 2003).

2.6 Conceptos generales de los trastornos adictivos

2.6.1 Drogas y drogas de abuso. El término droga hace referencia a cualquier clase de sustancia que al entrar en el cuerpo humano altera las funciones del cuerpo de forma física,

mental o emocional. Es termino no discrimina entre la legalidad o aceptación social, está centrado en los cambios que la sustancia puede producir en el cuerpo y en el comportamiento humano. La gran mayoría de las drogas son medicamentos usados para tratamientos de índole físico o mental; sin embargo las drogas no son exclusivamente usadas dentro del entorno médico ya que también se encuentran las drogas catalogadas como drogas de abuso que en su gran mayoría son ilegales. En los últimos años diferentes autores han sustituido el término drogas de abuso por el de sustancia psicoactiva [SPA] ya que este es más adecuado para referirse a las drogas que pueden ocasionar problemas de abuso o dependencia (Keane et al., 2006).

Las sustancias psicoactivas poseen cuatro condiciones básicas, la primera de ellas es que una vez introducidas en el organismo tienen la capacidad de modificar o alterar una o varias actividades mentales, la segunda de ellas es que provocan en la persona el deseo permanente de consumo considerándose de esta forma un reforzador positivo, la tercera es el malestar físico y/o psicológico presente tras abandonar el consumo, la cuarta y última es que estas sustancias en su gran mayoría no poseen implicaciones medicas aunque pueden ser utilizados pero sin ser catalogados terapéuticos. En conclusión las sustancias psicoactivas son aquellas que tienen un carácter reforzador, que con su uso pueden generar una dependencia tanto física como psicológica y tienen como consecuencia un deterioro a nivel biopsicosocial (Lorenzo et al., 2009).

2.6.2 Uso, hábito y abuso. Antes de hablar de una conducta adictiva es importante entender que el consumo de sustancias psicoactivas es un proceso escalonado y degenerativo, que implica un deterioro general en una persona; por esta razón antes de hablar de un trastorno mental es importante iniciar con la delimitación de los conceptos principales inmersos en las conductas adictivas, dentro de los que encontramos : uso, habito, abuso, dependencia, tolerancia entre otros,

aunque esto no es una tarea fácil, debido a que en algunos casos estos se encuentran mediados por las creencias culturales; las investigaciones actuales han buscado generar una conceptualización global que permita entender este fenómeno y así aportar nuevas posibilidades que permitan el tratamiento integral de estas conductas (Pérez y Martín, 2007).

El término uso es empleado cuando el consumo de sustancias psicoactivas no genera complicaciones, problemas o sufrimiento para las personas que la consumen, no produce un deterioro clínico ni social, se reconoce como un consumo ocasional o esporádico, que no tiene implicaciones importantes en la persona (Pérez, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen cuatro tipos de uso, los tres primeros hacen referencia únicamente al uso el último tipo establece una relación con el término abuso; el primero es el uso no aprobado que se refiere al consumo ilegal, el segundo es el uso peligroso cuando el consumo se produce en una situación catalogada como riesgosa (conducir, riesgo orgánico, etc.), el tercero es el uso dañino que es cuando el consumo se producen en situaciones vitales que pueden disminuir la tolerancia de una sustancia (ancianos, embarazo, lactantes, etc) y por último se encuentra el uso que provoca una disfunción la cual comprende el consumo de sustancias psicoactivas en exceso lo cual lleva a un deterioro funcional de la persona (Lorenzo et al., 2009).

Tras el uso de una sustancia psicoactiva en la mayoría de los casos el consumo aumenta convirtiéndose en un hábito lo cual implica un consumo mucho más frecuente debido a que la persona se adapta a los efectos producidos por la utilización de cierta sustancia psicoactiva, se desarrolla una costumbre y deseo por el consumo de la sustancia, aunque en estos casos de hábito el consumo no se presenta de manera compulsiva o con necesidad del aumento de la dosis, tampoco existe un deterioro a nivel físico, psicológico o social. El hábito puede entenderse como la adaptación del organismo al consumo de una sustancia determinada la cual no terminará

convirtiéndose en un trastorno mental o de la conducta (Pérez, 2011). La comprensión de estos dos conceptos permite entender las primeras fases del consumo de sustancias que por lo general representan los primeros acercamientos a determinada sustancia la cual puede llegar a convertirse en una conducta adictiva.

Tras comprender la diferencia entre uso y hábito es posible concluir que estas dos formas de consumo pueden llegar al abuso que como se mencionó anteriormente se encuentra relacionado con el uso que provoca disfunción y es que el abuso según el Real Colegio de Psiquiatras Británico (como se cita en Lorenzo et al, 2009, p. 04) es “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo” y como aparece en *Lexicon of alcohol and Drug Terms* (OMS, 1994) el abuso implica un patrón de consumo riesgoso que tiene consecuencias graves en la persona o en los individuos que se ven afectados con su conducta, este abuso se relaciona a corto plazo con intoxicación o a largo plazo con problemas crónicos de salud, problemas relacionados a trastornos mentales y sociales, se considera una situación de riesgo que puede evolucionar a la dependencia.

2.6.3 Dependencia. Este término ha sido modificado desde años atrás la OMS en 1992 (citado por Bobes, et al., 2011) realizó diferentes conceptualizaciones las cuales describen la dependencia como el estado periódico o crónico de intoxicación por consumo de una sustancia psicoactiva la cual se caracteriza por un deseo impulsivo de seguir consumiendo, con una necesidad de aumentar la dosis que se acompaña generalmente por una dependencia física y psicológica, y en ausencia de la sustancia se presenta el síndrome de abstinencia, también se evidencia una neuroadaptación que presenta fenómenos de tolerancia y abstinencia, las necesidades prioritarias (aseo, comida, salud, etc) son omitidas para continuar con el consumo de

SPA y por ultimo existe una fácil recuperación de las conductas adictivas después de un periodo de abstinencia.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) la dependencia es un conjunto de síntomas cognitivos y fisiológicos que evidencia que la persona se encuentra consumiendo la sustancia aunque esto le provoque problemas a nivel individual, familiar y social, adicionalmente se presenta un patrón repetitivo de autoadministración de la sustancia que provoca tolerancia y que además puede terminar en una abstinencia y/o una ingesta compulsiva de la sustancia; la dependencia se describe en función de la cantidad y el tipo de sustancia consumida, adicionalmente se tienen en cuenta aspectos de deterioro en los diferentes aspectos (individual, laboral y/o estudiantil, y social) de vida de la persona, anteriormente los aspectos más relevantes para diagnosticar la dependencia eran la tolerancia y el síndrome de abstinencia los cuales actualmente se catalogan como simples síntomas, y se determina la dependencia en función del consumo compulsivo y las consecuencias del mismo en el individuo. La dependencia se cataloga en tres tipos: física, psicológica y social, esta última ha sido añadida recientemente a los manuales de diagnóstico; cada tipo posee características propias de síntomas y causas, que en su mayoría son mediados por la tolerancia y el síndrome de abstinencia de los cuales se hablara más adelante (Bobes, et al., 2011).

La dependencia física la cual también es concebida como neuroadaptación hace referencia a la relación organismo-sustancia, que provoca una necesidad en la persona de mantener los niveles de consumo para evitar que esta relación se vea afectada; la dependencia psicológica en ingles denominada craving es el deseo incontenible por la auto-administración de la sustancia, produciendo un estado de anhelo o ansia en la persona, en busca de conseguir emociones agradables, placenteras o evitar sentir malestar en diferentes niveles personales, se instauran

patrones conductuales de aprendizaje que dificultan dejar el consumo de sustancias además de existir factores (educativos, sociales, ambientales, antropológicos, biológicos) que influyen en este tipo de dependencia; la última se denomina dependencia social la cual se caracteriza por la necesidad de consumir para lograr la pertenencia a un determinado grupo social como parte de la identidad personal, lo que provoca un desequilibrio social que acarrea la restitución del patrón de consumo para lograr obtener nuevamente la estabilidad dentro de su grupo social (Lorenzo et al., 2009).

Para concluir, la dependencia ocurre cuando la persona continúa consumiendo determinada sustancia a pesar de los problemas que esto ocasiona en su vida tanto personal como social, además de existir una pérdida de control total sobre las acciones frente a las conductas adictivas, en general la dependencia puede diagnosticarse en una persona que cumpla con tres o más de las siguientes características: pasan la mayoría de su tiempo obteniendo la sustancia, usando y recuperándose del consumo de la misma, continúa consumiendo a pesar de los daños físicos y psicológicos, intenta insatisfactoriamente recuperar el control del consumo, la sustancia de preferencia tarda más en causar el efecto deseado por lo que se tienden a aumentar su dosis, el consumo reduce o elimina por completo la realización de actividades importantes (social, familia, recreacional y/o laboral) y por último se presentan síntomas de abstinencia tras abandonar el consumo de sustancias (Dunn, 2011).

2.6.4 Tolerancia. Se considera la tolerancia como la disminución del efecto que tiene una sustancia en el organismo de la persona, esta ocurre de manera gradual, evidenciando en la cantidad de dosis que necesita la persona para obtener los mismos efectos iniciales de la sustancia, en la mayoría de los casos esto tiene como consecuencia el aumento de la dosis o el cambio por una sustancia con efectos más fuertes en el organismo. La tolerancia se considera un

estado adaptativo del cuerpo, provocando que se sienta que la dosis que en un principio era suficiente para desencadenar la reacción ya no ocasione nada, por lo que la persona se siente como si no hubiera consumido; esta mediada por las propiedades químicas de cada sustancia y los efectos de las mismas en el organismo (Dunn, 2011).

Dependiendo las propiedades de la sustancia y/o del individuo es posible clasificar el tipo de tolerancia; desde una perspectiva del individuo la tolerancia se clasifica en: tolerancia innata y tolerancia adquirida; la tolerancia innata es aquella que ocurre cuando disminuye la sensibilidad a la sustancia desde el primer uso, llegando a ocasionar una dependencia temprana, esta también se conoce como un rasgo biológico que puede ser heredado generacionalmente; la tolerancia adquirida se encuentra en tres niveles, el primero de ellos es la tolerancia farmacocinética que se ocasiona por cambios en la forma de metabolización de la sustancia tras la administración reiterada, lo que disminuye su concentración en el organismo, la segunda es la tolerancia farmacodinámica que es consecuencia de cambios adaptativos que afectan los sistemas biológicos que disminuyen la respuesta fisiológica a la sustancia y la última es tolerancia aprendida en la cual se reducen los efectos de la sustancia debido a que existen señales ya aprendidas tales como los elementos que se usan para el consumo que causan que el organismo aprenda a predecir las situaciones lo que provoca una disminución en los efectos de una sustancia (Lorenzo et al., 2009).

Según las propiedades de la sustancia se clasifican en tres, tolerancia aguda la cual es generada por el consumo repentino de una sustancia nueva en el organismo en un momento determinado con una dosificación alta y continua lo que provoca que los efectos de la sustancia sean menores con el pasar de las horas, la tolerancia invertida es característica de algunas sustancias que a mayor dosis menor efecto, por lo que al ser ingeridas en dosis más bajas

aumentan los efectos en el organismo y por último la tolerancia cruzada o recíproca la cual se presenta cuando una persona se hace tolerante a los efectos de determina sustancia y al momento de ingerir alguna con características similares el organismo presenta automáticamente una tolerancia a la sustancia a pesar de no haberla ingerido anteriormente (Pérez, 2011).

2.6.5 Síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia se produce tras el abandono o disminución en el consumo de una sustancia psicoactiva, se presentan un seria de síntomas y signos en la persona, por lo general estos ocasionan un deterioro físico y/o psicológico, la retirada producen sensación desagradable con síntomas como sudoración, vómitos y sudoración, que se acompaña del deseo extremo de consumo, en las fases de tratamiento este debe ser monitoreado para evitar las sobredosis (Dunn, 2011). Se caracterizan tres tipos de síndrome de abstinencia, el primero de ellos se conoce como síndrome de abstinencia agudo, el segundo es el síndrome de abstinencia tardío y por último se encuentra el síndrome de abstinencia condicionado.

El síndrome de abstinencia agudo se produce cuando se realiza la suspensión abrupta de la sustancia consumida, donde se elimina la relación de la sustancia con el organismo, se presentan signos y síntomas que son mediados por el tipo de sustancia, estos por lo general suelen ser los contrarios a los producidos por la sustancia; el síndrome de abstinencia agudo se considera un elemento clave para el diagnóstico de la dependencia física, este suele durar entre 4 y 12 días tras esto da origen al síndrome de abstinencia tardío que se caracteriza por la desorganización del sistema nervioso y las funciones básicas mentales que están presentes por un largo periodo de tiempo tras la abstinencia inicial, es la causa de trastornos físicos y psíquicos de baja intensidad que provocan el deterioro general en la vida de la persona y es uno de los factores de recaída presentes. El síndrome de abstinencia condicionado aparece cuando la persona que ha dejado de

consumir se expone a situaciones ambientales en las cuales anteriormente tenía acceso a la sustancia lo que provoca un malestar general en el individuo acompañado de miedo y ansiedad que provoca la reincidencia en el consumo (Bobes, et al., 2011).

2.6.6 Desintoxicación. Se considera a esto uno de los primeros procesos que debe experimentar una persona que se encuentra en un tratamiento para las conductas adictivas, aunque existen diferentes teorías acerca de cómo y cuándo se debe llevar a cabo la desintoxicación, si se tiene un consenso a que este proceso tiene el objetivo de que se interrumpa el consumo de la sustancia evitando que se presente cualquier tipo de síndrome de abstinencia; en algunos tratamientos se busca que la persona experimente estos síntomas de abstinencia para de esta manera generar herramientas que eviten las recaídas, sin embargo es aún una forma poco estudiada de lograr la desintoxicación; por lo general la desintoxicación suele durar entre 7 y 14 días, se puede llevar a cabo en comunidades terapéuticas o por el uso de fármacos especializados para disminuir los efectos de las abstinencia (Bobes, et al., 2011).

2.6.7 Deshabitación. Esta se refiere al proceso terapéutico que le permite al individuo aprender nuevas estrategias de aprendizaje y de prevención de recaída, este es un proceso largo y complejo que pretende la identificación de aquellos factores internos y externos que pueden actuar como protectores o desencadenantes de situaciones de riesgo para la reaparición de conductas adictivas; actualmente se distinguen dos perspectivas para el tratamiento de estas conductas, la primera de ella se basa en que el individuo debe ser aislado del ambiente de riesgo y traslado a un centro donde se generan a través de diferentes herramientas terapéuticas nuevas pautas de aprendizaje y comportamiento que le permitirán disminuir y/o eliminar el deseo o la necesidad por el consumo de la sustancia, la segunda perspectiva habla de todo lo contrario, de que se debe exponer de forma controlada a la persona a las situaciones de riesgo y las

desencadenantes del consumo para de estar forma crear estrategias que le permitan controlar las situaciones de riesgo y evitar recaídas (Bobes, et al., 2011).

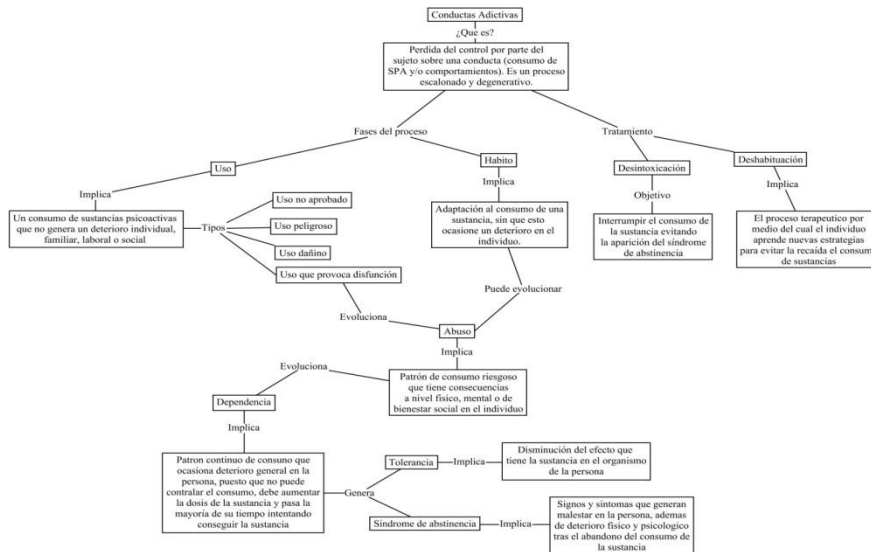


Figura 1. Resumen de los conceptos básicas de las conductas adictivas así como el proceso que estas conlleven

2.7 Criterios diagnósticos del DSM V y el CIE 10

Las conductas adictivas sean con o sin sustancia, tiene como principio los criterios de dependencia los cuales involucran los fenómenos de tolerancia, abstinencia, síndrome de abstinencia entre otros; aunque para el diagnóstico de los diferentes trastornos asociados a la dependencia se tienen especificaciones que varían dependiendo la sustancia psicoactiva o el comportamiento al cual hace referencia la adicción. Los criterios de diagnóstico se encuentran documentados en el Manual of Mental Disorders V (DSM V) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10), ambos manuales realizan la clasificación diagnóstica del trastorno pero se diferencian en que el DSM V posee los criterios para la conducta adictiva que no posee uso de sustancia, mientras que el CIE 10 en su clasificación no especifica adicciones relacionadas con conductas adictivas ocasionadas sin necesidad de sustancia alguna (Tavera y Martínez, 2008).

Para el DSM V los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos son aquellas sustancias o conductas que en exceso provocan la activación del sistema de recompensa del cerebro que está presente en el reforzamiento de los comportamientos, que adicionalmente produce los recuerdos lo que provoca que haya una activación intensa en el sistema de recompensa ignorando actividades normales (APA, 2014). Para el CIE 10 se clasifican como trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas, donde se debe identificar la sustancia o en caso que sea más de una se deben identificar las más importantes consumidas, de igual manera el CIE 10 caracteriza los trastornos debido al patrón de consumo donde se categorizan según el uso, abuso y dependencia a la sustancia especificada (Gutiérrez, 2016).

Según el DSM V los trastornos que están relacionados con sustancias se dividen en dos categorías: trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias; en la primera categoría se organizan de acuerdo a una sustancia específica que se encuentre dentro de las diez planteadas que son: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias; cada sustancia presenta aspectos únicos para su diagnóstico diferencial; dentro de la segunda categoría se clasifican como inducidas: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o un medicamento además estos trastornos deben estar acompañados de aquellos trastornos con los que comparten algún síntoma (APA, 2014).

Los trastornos por consumo de sustancias están asociados a síntomas de orden cognitivo, comportamental y fisiológico que permiten reconocer que la persona continúa consumiendo una sustancia a pesar de los problemas ocasionados por el uso frecuente de la sustancia; el diagnóstico está basado en los comportamientos asociados al consumo de sustancias los cuales

producen un patrón patológico, la organización diagnóstica está dada por el Criterio A que se divide en cuatro grupos de criterios:

Control deficitario sobre el consumo de la sustancia compone el primer grupo de criterios, la persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto. (...) El deterioro social constituye el segundo grupo de criterios. El consumo recurrente de sustancias puede llevar al incumplimiento de los deberes fundamental en los ámbitos académico, laboral o doméstico. (...) El tercer grupo de criterios se refiere al consumo de riesgo de la sustancia. Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico. (...) Los criterios farmacológicos conforman el último grupo (APA, 2014, p. 483-484).

Dentro de estos cuatro grupos de criterios se encuentran a su vez categorizados once criterios (Ver Tabla 1) que permiten el diagnóstico puesto que una persona al cumplir dos o más criterios por un período de tiempo prolongado de 12 meses, el nivel de severidad está dado de acuerdo al cumplimiento de los criterios de la persona: De dos a tres criterios el nivel es bajo, de cuatro a cinco criterios es moderado o de seis o más criterios es severo. Es importante aclarar que el uso de la palabra “adicción” por parte del DSM V se debe a que este término se ha omitido de manera oficial en el diagnóstico debido a considerarse ambiguo y con una connotación negativa, razón por la cual ha sido cambiado al término “trastorno por consumo de sustancias” considerándose pertinente (APA, 2014).

Tabla 1
Descripción de criterios diagnósticos trastornos por consumo de sustancias

Criterios	Descripción de criterios y síntomas
Control deficitario	
C 1	La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.
C 2	La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.
C 3	En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo.

C 4	Existe un deseo intenso de consumo manifestado por ansia y una urgencia en cualquier momento, aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha conseguido o consumido anteriormente la sustancia.
Deterioro social	
D 5	La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.
D 6	Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias
D 7	La persona puede descuidar o abandonar las actividades familiares y las aficiones a causa del consumo.
Riesgo de la sustancia	
S 8	La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo
S 9	El fracaso de la persona en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que le provoca.
Farmacológicos	
F 10	Tolerancia: Se define como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se desarrolla tolerancia varía en cada persona, además de para cada sustancia, e incluye una diversidad de efectos sobre el sistema nervioso central.
F 11	La abstinencia: es un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia. Estos síntomas difieren enormemente según la clase de sustancia, por lo que se han descrito conjuntos de criterios diferentes para cada droga. Los signos de abstinencia del alcohol, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos son frecuentes y acentuados, y se pueden evaluar de una manera sencilla. Los signos y síntomas de los estimulantes (las anfetaminas y la cocaína), del tabaco y del cannabis también son frecuentes pero no tan marcados. En cuanto a la fenciclidina, otros alucinógenos y los inhalantes, no se ha descrito en los humanos la existencia de una abstinencia significativa tras su consumo repetido, por lo que este criterio no se incluye en estas sustancias.

Nota: Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) 5a Ed.* Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.

Según el DSM V los trastornos inducidos por sustancias incluyen en sus categorías:

intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos. Los criterios para el diagnóstico de la intoxicación y abstinencia tienen como característica principal que se deben a al consumo reciente de una sustancia y sus criterios de diagnóstico se basan en el “desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia” (APA, 2014, p.486). Los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos son considerados síndromes temporales y graves que persisten a través del

tiempo y son debido a los efectos del abuso de sustancias, toxinas o medicamentos; y su principal característica de diagnóstico es que se presenta en forma de síntomas asociados a un trastorno mental relevante (APA, 2014).

Para el CIE -10-ES los códigos de trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas están dados por el abuso, dependencia o consumo de la sustancia; el CIE-10-Es categoriza el consumo como aquel donde la relación con las drogas ya sea en cantidad o frecuencia no permite la detección de consecuencias inmediatas sobre la persona o su entorno, el abuso es categorizado como aquella en que la cantidad y/o frecuencia del consumo de la sustancia produce un efecto negativo en la persona y/o su entorno, y la dependencia como aquellas manifestaciones cognitivas, fisiológicas y comportamentales debido al consumo de sustancias y este a su vez se convierte en la prioridad para la persona incluso sobre aspectos que anteriormente eran más significativos (Gutiérrez, 2016).

2.8 Formas de consumo

Adicional a los criterios diagnósticos también se encuentra una clasificación que según Siegel en 1984 (como se cita en Becoña & Cortés, 2010) describe las diferentes formas de consumo de sustancias existentes, la primera se conoce como experimental la cual es provocada en algunos casos por la curiosidad frente al uso de la sustancia, este consumo es por cortos periodos de tiempo al igual que con una dosis mínima, la selección de la sustancia suele ser aleatoria y depende de la oferta disponible, en algunos casos representa el patrón inicial de consumo; la segunda es ocasional y como su nombre lo dice representa un consumo ocasional de la sustancia, se divide en dos el primero de ellos es el socio-recreativo que busca facilitar las conductas dentro del grupo social, la segunda es circunstancial-situacional que se refiere al consumo ocasional para mejorar los resultados en contextos deportivos; estas dos primeras

formas de consumo dentro del DSM V corresponde al nivel bajo dentro de los trastornos por consumo de sustancias (Becoña & Cortés, 2010).

Las siguientes dos formas de consumo se encuentran comprendidas en los niveles moderado y severo de los trastornos por consumo de sustancias inmersos en el DSM V, el consumo habitual se caracteriza por un consumo diario de una sustancia con el objetivo de aliviar el malestar físico y psicológico además de mantener los efectos de la sustancia consumida, las alteraciones en el comportamiento son leves aunque se empieza a evidenciar la necesidad por conseguir la sustancia; el consumo compulsivo se produce diariamente y varias veces al día, en este ya son evidentes las conductas adictivas y se presentan consecuencias sociales, personales y familiares, es notorio el deterioro en la persona debido a la necesidad constante de consumir y la pérdida de control sobre la sustancia y su uso (Becoña & Cortés, 2010).

2.9 Vías de administración

Una de las características más importantes dentro de las conductas adictivas es la vía por la cual se administra la sustancia ya que dependiendo de la forma en la que se ingresa al organismo es posible determinar la rapidez con la que se presentarán los efectos y la cantidad de tiempo que estos se mantendrán, además sirve de predictores para el síndrome de abstinencia y la dependencia, en la clasificación general se encuentran cinco vías de administración de la sustancia: oral, pulmonar, nasal, rectal o vaginal y parenteral.

La primera vía de administración es la oral en la cual la sustancia es introducida al organismo por medio de la boca ya sea mascado o en forma sublingual (colocar bajo la lengua), las sustancias que suelen utilizarse por este medio son las denominadas drogas sintéticas; la segunda es la pulmonar donde la sustancia es inhalada y/o fumada es una de las vías de administración más comunes para el tabaco, cannabis y crack; la tercera es la nasal en esta la

sustancia es aspirada por la nariz, la gran mayoría de las sustancias pueden ingerirse de esta forma pero la más común es la cocaína; la cuarta es la rectal o genital en esta se aplica la sustancia en la mucosa ya sea anal o genital, es un vía de administración recurrente en el consumo de cocaína y heroína; la quinta y última es la parenteral en la cual la sustancia es introducida al organismo por medio del uso de una jeringa, los efectos en este tipo de administración suelen producirse más rápido y con menos cantidad de la sustancia, suele aplicarse de forma subcutánea (en el tejido adiposo), intramuscular (dentro del musculo) o intravenosa (en las venas) aunque esta última se hace difícil con el transcurso del tiempo por el deterioro en las venas ocasionado por el consumo (Lorenzo et al., 2009).

2.10 Clasificación de las sustancias

Las sustancias tienen diferentes formas de clasificación y ha sido un tema de debate a lo largo de los años y las investigaciones, debido a que su clasificación es importante para la creación de programas de prevención y/o tratamiento; dentro del DSM V se clasifican las sustancias por su tipo, el manual especifica 10 clases de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes o hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otros (APA, 2014). A pesar que dentro del manual se realizan las especificaciones particulares de las características y los efectos de cada sustancia en el organismo, a través de los años se han realizado diferentes formas de clasificación que han buscado simplificar estas categorías por lo que se ha logrado clasificar las sustancias de acuerdo a los efectos que estas tienen en el sistema nervioso central, de aquí radican tres grandes categorías: estimulantes del sistema nervioso, depresoras del sistema nervioso y las alucinógenas, a continuación se ampliara la información de cada una de ellas (Pérez, 2011).

2.10.1 Estimulantes del sistema nervioso. Las sustancias estimulantes incrementan las funciones del sistema nervioso central, de igual forma altera el estado mental y estimula el cerebro provocando que se acelere la actividad funcional del organismo, modifican el pulso, la presión, e incrementan la temperatura corporal, estas sustancias genera un estado de euforia e hiperactividad (Solís, 2013). Los estimulantes se divide en dos tipos: vegetal donde se encuentran sustancias como la cafeína y la coca, y la química donde están sustancias como la cocaína, el crack, la nicotina y las anfetaminas. Las dos sustancias estimulantes mayormente reconocidas son la cocaína y los estimulantes, los cuales poseen diferentes derivados que producen los mismos efectos, por esto se realiza la caracterización de estos para comprender de igual manera los derivados (Pérez, 2011)

2.10.1.1 Cocaína. Se conoce con diferentes nombres (dependiendo de la presentación y los componentes adicionales) como coca, crack, basuko, perico, polvo blanco entre otros, sus efectos en la persona son los de generar euforia, hiperactividad e irritabilidad, se puede evidenciar por que el individuo se manifiesta nervioso, pálido, tembloroso, pupilas dilatadas, taquicardia y respiración agitada, en pocas ocasiones produce convulsiones; el individuo permanece irritable, ansioso, excitado y la mayoría de las veces se presentan conductas violentas; las vías de administración suelen ser nasal, pulmonar y parenteral, sus efectos tienen una duración de entre 1 y 3 horas, la suspensión de esta sustancia no suele provocar síndrome de abstinencia pero si genera malestar físico (Insomnio, somnolencia y/o irritabilidad), la mayoría de consumidores de esta sustancia previamente han experimentado con otras sustancias las cuales han perdido su efecto en el organismo (Pérez, 2011).

2.10.1.2 Anfetaminas. Los variantes de esta sustancia son las anfetetas, cristal y pastillas, produce una disminución en la fatiga aumentando los estados de alerta y concentración; genera

taquicardia, respiración rápida, sudoración, temblores y/o convulsiones, se identifica por las pupilas dilatadas y el color pálido de la piel; al igual que la cocaína el consumo de esta sustancia ocasiona que la persona permanezca en estado agitado, irritable y ansioso lo que genera posibles conductas violentas, se diferencia de la cocaína en que su efecto está entre las 2 a 4 horas, las vías de administración son oral, parenteral y nasal; la suspensión del consumo llega a generar un leve síndrome de abstinencia que se es manifestado por síntomas físicos tales como el sueño, la confusión, temblores, ansiedad y fatiga, además de un constante estado de irritabilidad con tendencia a la violencia (Pérez, 2011).

2.10.2 Depresoras del sistema nervioso. Corresponde a aquellas sustancias que una vez ingresan al organismo generan la disminución en la actividad del sistema nervioso a través de cambios en los neurotransmisores del cerebro, los efectos característicos de estas sustancias son: euforia, desinhibición, locuacidad (hablar bastante), alteraciones en la coordinación, marcha y percepción del tiempo, los reflejos disminuyen y se presentan alteraciones en la conducta tales como somnolencia e inclusive puede generar el coma (Solís, 2013). Las sustancias que se encuentran dentro de esta categoría son la morfina, codeína, heroína, opiáceos, sintéticos del opio, tranquilizantes, somníferos, narcóticos, cloroformo, éter, gas de la risa, vinos y licores. Las dos sustancias representativas de esta categoría son la heroína y el alcohol los cuales se describirán con más detalle a continuación (Pérez, 2011)

2.10.2.1 Heroína. Entre los nombres más comunes de esta sustancia se encuentran caballo, nieve blanca, pico, morfo entre otros; sus principales efectos son los de ocasionar que la conducta sea lenta, con incapacidad para el entendimiento; se identifica por que la persona tiene las pupilas contraídas y su respiración es lenta o entrecortada, algunos de los efectos físicos pueden ser cólicos y la retención de líquidos y sólidos; modifica la conducta produciendo que esta sea

pausada, distancia y dócil, además de existir un deseo incontrolable de la persona por dormir que algunas veces se ve acompañado por la irritabilidad. Las dos principales vías de administración son la parenteral, nasal y pulmonar, los efectos suelen durar entre 3 a 7 horas, se desarrolla un síndrome de abstinencia caracterizado por malestares físicos y psicológicos tales como ansiedad, náuseas, vómito, diarrea, temblor, fiebre, dolores, entre otros, también se acompaña de una susceptibilidad por parte de la persona con un constante estado de agitación (Pérez, 2011).

2.10.2.2 Alcohol. En este tipo de sustancias se incluyen los vinos y todo tipo de licores; el consumo de alcohol producen efectos que están medidos por la cantidad y el tiempo en relación con el organismo, se manifiesta a través de la desinhibición del individuo que posteriormente evoluciona a un estado de relajación y euforia que aumenta la sociabilidad, posteriormente se presentan dificultad para hablar y asociar ideas junto a una descoordinación motora que puede llegar hasta una intoxicación aguda donde se evidencia pérdida de conocimiento. La vía principal de administración es la oral y su efecto oscila entre 2 a 18 horas dependiendo de la cantidad ingerida; el síndrome de abstinencia que esta sustancia genera comprenden malestares físicos como la hiperactividad del sistema autónomo, insomnio, náuseas, mareo, ansiedad o agitación psicomotora (APA, 2014).

2.10.3 Alucinógenas. Son aquellas sustancias de origen natural y/o sintético que se caracterizan por alterar la transmisión química de a las zonas del cerebro relacionadas con la percepción (visión, olfato, audición y tacto), por lo que inducen a alucinaciones auditivas, visuales o táctiles alterando la percepción de la realidad de la persona. Los principales efectos del consumo de estas sustancias son las alteraciones en los procesos sensoriales, además de la creación falsas percepciones que distorsionan la realidad de la persona. Las principales

sustancias presentes en esta categoría son: Dietilamida del Ácido Lisérgico (LSD), cannabis y drogas de síntesis (Solís, 2013).

2.10.3.1 LSD. La comercialización de esta sustancia también se realiza bajo los nombres de tripi, ácido, terrón de azúcar entre otros. El consumo de esta sustancia produce alusiones de los tipos auditivos, visuales y táctiles con características de cuerpo y sentido del tiempo; se puede evidenciar físicamente por la dilatación pupilar, la sudoración excesiva, temblores, descoordinación motora, la hipertensión y taquicardia. Por lo general el consumo de esta sustancia está asociado a ambientes concretos (fiestas, conciertos, etc), la persona entra en un estado de alerta con ideas delirantes, paranoia y algunas veces se presentan crisis de pánico o episodios de psicosis. La principal vía de administración es oral, la duración de sus efectos suele encontrarse en un rango de 8 a 12 horas; no suele provocar síndrome de abstinencia las consecuencias del abandono del consumo de la sustancia suele estar mediados por estados de agitación y/o pánico ocasionado por ideas irracionales (Pérez, 2011).

2.10.3.2 Cannabis. Esta sustancia también recibe los nombres de haschis, marihuana, hierba, porro entre otros; se caracteriza por la alteración en la memoria y la desorientación, existe una tendencia a perder la motivación por realizar actividades que antes eran placenteras, provoca bruscos cambios en el humor de la persona; se evidencia física la mayoría de las veces por la risa incontrolable de la persona, además de la tendencia a tener los ojos de color rojo y medio cerrados. La gran mayoría de consumidores de esta sustancia también usa y/o experimental con otras sustancias, se considera al cannabis como la primera sustancia de acceso. La principal vía de administración es la pulmonar aunque algunas veces también se presenta oral, su efecto suele oscilar entre 2 a 4 horas, el síndrome de abstinencia es apenas perceptible y se caracteriza por la falta de interés en las actividades básicas (Perez, 2011).

2.10.3.3 Drogas de síntesis. Más conocidas como éxtasis, también reciben el nombre de pastillas que muchas veces es identificado por el troquelado de la pastilla; el consumo de esta sustancia produce estados de ansiedad e hiperactividad que se ve acompañado por taquicardia y aumento de la temperatura corporal del individuo, suelen generar alteraciones de orden visual, raras veces producen alucinaciones; se puede evidenciar físicamente por la aparición de temblores o rigidez muscular además de dilatación pupilar. Su consumo suele producirse en sitios dedicados al ocio como lo son las discotecas, bares, conciertos entre otros. Su principal vía de administración es la oral y suele tener un efecto en el organismo de 2 a 4 horas; el síndrome de abstinencia se manifiesta por la irritabilidad y falta de sueño en el individuo una vez abandona el consumo de la sustancia, adicional su conducta suele ser ansiosa y/o agitada (Pérez, 2011).

2.11 Modelos de análisis de los trastornos adictivos

Los modelos teóricos que buscan explicar los trastornos adictivos se han desarrollado de los años sesenta, y muchos de ellos han sufrido modificaciones a lo largo del tiempo buscando establecer modelos explicativos mucho más exactos que permitan la creación de estrategias de tratamiento acordes a las diferentes necesidades de la sociedad actual; a través del tiempo los diferentes modelos de análisis de estas conductas se han agrupado en tres grandes categorías explicativas; en el primero se encuentran los modelos y teorías parciales o basadas en pocos componentes, el segundo reúne las teorías de evolutivas o de estadio y el tercero en las que se encuentran las teorías integrativas y compresivas (Villareal, 2009).

Aunque estas teorías se encuentran agrupadas en estos grupos es importante resaltar que las investigaciones en torno a las conductas adictivas tienen su base de estudio en la necesidad de explicar por qué algunas personas dependen de una sustancia y/o comportamiento y otras no, según Bry (1996 como se citó en Instituto Deusto de Drogodependencias [IDD], 2004) esta

búsqueda de entendimiento tiene como único objetivo crear estrategias exitosas de prevención, a través del establecimiento de relaciones frente a variables de riesgo y protección que están inmersas en el mantenimiento de la conducta adictiva, pero este trabajo científico no es fácil debido a que integrar todos los factores en un marco explicativo único en muchas ocasiones no es posible (IDD, 2004).

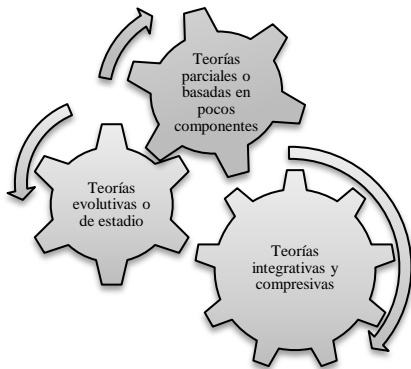


Figura 02. Mapa de modelos teóricos generales de conductas adictivas. Diseño de investigador

2.11.1 Teorías parciales o basadas en pocos componentes. La principal característica de estas teorías es que explican de forma parcial o en muy pocos componentes las conductas adictivas, estas teorías solo tienden a explicar una pequeña parte de la conducta, algunos elementos son usados para la explicación de otras conductas que algunas veces no son adictivas. Dentro de este grupo de teorías se encuentran: 1. Teorías y modelos biológicos, 2. Modelos de salud pública, de creencias de salud y de competencia, 3. Teorías de aprendizaje, 4. Teorías actitud-conducta, 5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales, 6. Teorías basadas en la familia y modelo sistémico, entre otros, a continuación se describirán las teorías más reconocidas para la explicación de las conductas adictivas.

2.11.1.1 Teoría de trastorno con sustrato biológico. La causa de una conducta adictiva puede provenir de una alteración biológica, genética o cerebral; las premisas de esta teoría se rigen desde el punto de vista netamente biológico donde se explica un trastorno adictivo como

consecuencia ya sea de un déficit biológico o una alteración cerebral que algunas ocasiones puede ser producto de una lesión de igual manera plantea las consecuencias que tienen algunas sustancias una vez introducidas al cuerpo pueden generar las conductas adictivas, dentro de esta teoría se establecen los sistemas neurobiológicos participantes en la creación de la adicción y como el sistema de recompensa cerebral puede ser activado por una sustancia o una conducta (Becoña, 1999).

Como se menciona anteriormente los procesos neurobiológicos de las adicciones tienen unas bases que han sido investigadas y descritas a través de los años, pero este trabajo ha resultado bastante complejo debido a que las conductas adictivas han presentado diferentes modificaciones a través del tiempo, además la simulación de los efectos y los ambientes de las conductas no es fácil, puesto que algunas sustancias o conductas pueden dar resultados contradictorios o similares dependiendo del sujeto de estudio así como el ambiente en el que este se desenvuelva. A pesar de estos problemas se plantearon unas bases neurobiológicas que explican y describen los procesos implicados en el abuso y la dependencia de una sustancia y/o conducta adictiva (Fernández, Carballo, Secades y García, 2007)

Estas bases neurobiológicas fueron descritas gracias a la investigación de pacientes crónicos de morfina y cocaína que permitieron identificar los circuitos neuronales de gratificación y los cambios intracelulares, datos que sirvieron para empezar a reconocer los procesos de abuso y dependencia dentro de sistema cerebral; se estableció que los mecanismos neurobiológicos de las adicciones se encuentran en el encéfalo anterior e integra el sistema límbico con el sistema motor extrapiramidal, otra parte implicada es el mesencéfalo y sus conexiones las cuales median los efectos reforzantes y motivacionales del síndrome de la abstinencia (Becoña, 1999).

En las primeras investigaciones realizadas en los años cincuenta se explica que los efectos de una conducta adictiva se encuentran localizados en las áreas del sistema de recompensa cerebral; se estableció que los reforzadores actúan en diferentes regiones cerebrales que se conectan con sistemas de neurotransmisores que son denominados circuitos cerebrales de recompensa, este circuito está constituido por cuatro regiones dentro del Sistema Nervioso Central (SNC) el primero es el haz prosencefálico medial, el área tegmental ventral, el hipotálamo lateral y la corteza prefrontal en algunas áreas (Roberts y Koob 1997).

El haz prosencefálico medio es una vía nerviosa donde se llevaba a cabo la estimulación intracraneal, las neuronas que transitan por esta vía provienen del cerebro medio más exactamente el área tegmental ventral la cual es un tracto nervioso del sistema límbico del cerebro medio, donde se encuentra ubicada la vía dopaminérgica mesolímbica la que se encarga de transmitir neuronas a varias células nerviosas y a partes delanteras del cerebro; las neuronas que son enviadas por esta vía son las encargadas de producir el neurotransmisor de la dopamina, considerado uno de los factores que influye directamente el refuerzo cerebral (Roberts y Koob 1997).

Una consecuencia directa de la neurotransmisión de la dopamina es la estimulación eléctrica cerebral, cuando existe una conducta adictiva esta respuesta dopaminérgica es da por medio de una conversión tras la activación de fibras mielínicas que en no poseen las mismas propiedades de las neuronas dopaminérgicas (Wise y Rompre, 1989 como se cita en Becoña, 1999). Las conductas adictivas tienen un efecto directo en el sistema de refuerzo cerebral y dependiendo la sustancia o la conducta puede presentarse un efecto de inhibición o liberación de neuronas de dopamina, en algunos casos esta liberación produce un aumento rápido de dopamina mientras que en la inhibición se bloquea la recaptación de la dopamina impidiendo que lleguen a las

terminaciones nerviosas aumentando la dopamina en la sinapsis lo que hace que los efectos sean aún más notables en la persona.

Estos efectos de reforzamiento dentro del sistema cerebral son en gran parte los encargados del establecimiento de la conducta adictiva, pero es importante resaltar que el factor encargado de la mantención de esta conducta es la neuroadaptación la cual se produce por el consumo constante de una sustancia, este es un proceso de cambio en las células neuronales que aumenta los efectos de reforzamiento, la neuroadaptación posee dos mecanismos principales el primero es la sensibilización y la segunda la contradaptación (Roberts y Koob, 1997).

La sensibilización es explicada como un fenómeno en el que debido al consumo repetido de una sustancia o la repetición de una conducta sus efectos aumentan lo que se considera producto del sistema dopaminérgico mesolímbico en el que la activación de la dopamina se intensifica, también se encuentra la liberación de la corticotropina que se produce en el hipotálamo y solo es liberada en situaciones de estrés, de igual manera los sistemas de neurotransmisión excitadores también están implicados en la sensibilización de una conducta adictiva (Becoña y Cortés, 2010).

Por otra parte la contradaptación es el conjunto de procesos que se llevan a cabo con el fin de contrarrestar los efectos de la conducta adictiva, el primer proceso es el de la tolerancia, el cual se da como resultado al consumo repetitivo de una misma sustancia, el único requisito para que este proceso es que el consumo sea repetitivo o se aumente la dosis; el segundo proceso implícito es el síndrome de abstinencia que está presente solo cuando una conducta adictiva se deja de realizar, por lo general los síntomas del síndrome se evidencia de manera física, los niveles de dopamina disminuye durante el proceso de abstinencia (Becoña y Cortés, 2010).

Desde la teoría de trastorno con sustrato biológico los mecanismos cerebrales son los encargados de la generación de conductas adictivas así como de la mantención e eliminación de

la misma, sin embargo investigaciones y teorías posteriores dejan en evidencia que estos mecanismos no son los únicos que participan en el proceso de una conducta adictiva debido a que esta teoría no explica la problemática desde una perspectiva ambiental, social o psicológico, basa sus planteamientos en los aspectos biológicos de una conducta considerada adictiva (Fernández, *et al.*, 2007).

2.11.1.2 Teorías del aprendizaje. Son un conjunto de teorías que tienen como objetivo explicar la conducta adictiva desde la explicación de cómo es el aprendizaje o la adquisición de dichas conductas, las teorías de aprendizaje sirven como fundamento psicológico para la creación de programas preventivos debido a que las bases de aprendizaje también permitir conocer la forma en que se adquiere una conducta nueva o en su defecto desaprenderlas y/o debilitarlas dentro del repertorio conductual de un individuo; esta teoría retoma leyes del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social para la explicación de las conductas adictivas (Becoña, 2002).

2.11.1.2.1 Condicionamiento clásico. Pavlov en 1927 planteo las primeras leyes dentro de este modelo de aprendizaje donde estableció que la adquisición de nuevas conductas es producto de la asociación de estímulos, la teoría de Pavlov plantea que el aprendizaje se da primero por la asociación de un estímulo neutral (estímulo condicionado) con otro estímulo (estímulo incondicionado) que provoca una respuesta; esto lo sustentó a través del experimento con un perro en donde hacía sonar una campana (estímulo neutro) cada vez que le ofrecía comida (estímulo incondicionado) ocasionando que este salivara (respuesta condicionada), posteriormente repitió esta asociación hasta lograr que la respuesta condicionada se diera con solo la aplicación del estímulo neutro o condicionado (Acuña, 2009).

Luego es Wikler en 1965 quien por primera vez relaciona estas leyes de condicionamiento con las conductas adictivas estableciendo una teoría de condicionamiento de drogas, la cual tiene sus inicios en la observación investigativa realizada por Wikler donde se evidencia que las personas que se encontraban en procesos de rehabilitación de una adicción presentan síndrome de abstinencia meses después de haber consumido por última vez, reacción que se mostraba sobre todo en las terapias de grupo donde se manifestaban los síntomas una vez las personas contaban sus experiencias pasadas frente a alguna conducta adictiva (Graña y Carroble, 1991).

Wikler (1965 como se cita en Graña y Carroble, 1991) en base a estas observaciones se empezó a explicar que el síndrome de abstinencia y la tolerancia de una conducta adictiva son el producto de los aprendizajes previos del individuo, donde los estímulos ambientales juegan un papel importante en la aparición de estos procesos. El condicionamiento clásico desde las adicciones permitió otorgar una explicación a la aparición del craving (deseo intenso de consumo de una sustancia o realización de una conducta adictiva) el cual se intensifica en el individuo al encontrarse en lugares que estaban previamente asociados a experiencias de adicción, y es que el contexto otorga ciertas claves ambientales como lo son los objetos y estímulos las cuales al estar en contacto con el individuo generan el craving similar al experimento de Pavlov con la salivación provocada por la campana (Acuña, 2009)

2.11.1.2.2 Condicionamiento operante. Recibe el nombre de conducta operante toda aquella conducta que está regulada por las consecuencias y que estas a su vez tienen un efecto en el ambiente lo que quiere decir que las conductas alteran el medio de dos formas, la primera es añadiendo estímulos y la otra es retirando los que ya existían (Acuña, 2009). El postulado más importante dentro de este modelo es el que la conducta en los individuos esta mediada por las consecuencias, definiendo estas consecuencias como un refuerzo que incrementa la conducta a

futuro, existen dos clases de refuerzo uno es el positivo que actúa como recompensa y el otro es el refuerzo negativo que implica un estímulo desagradable (Becoña, 2002).

Este modelo de condicionamiento explica que la conducta adictiva es el resultado del refuerzo positivo que se genera de la autoadministración de una sustancia o la realización de una conducta, este refuerzo se considera a nivel biológico y de aprendizaje, debido a que estas sustancias o conductas son positivas y generan sensaciones placenteras en el individuo, adicionalmente la búsqueda de suplir esta necesidad se vuelve el reforzador que mantiene la conducta a pesar de sus efectos dentro del ambiente, además la persona busca evitar las sensaciones desagradables (reforzamiento negativo) ocasionados por el síndrome de abstinencia; estos reforzadores tanto negativos como positivos son tan significantes para el individuo que hacen difícil la extinción o abandono de una conducta adictiva (Becoña, 1999).

Marlatt y Gordon (1985, como se citó en Larimer, Palmer y Marlatt, 1999) explicaban que aunque en el condicionamiento operante se resalta que la conducta esta medida por las consecuencias, cuando se habla de una conducta adictiva se debe tener en cuenta que aunque esta tiene consecuencias negativas bastante significativas en el entorno del individuo este la sigue realizando, Marlatt y Gordon describen que esto sucede por un efecto bifásico de la conducta, lo que quiere decir que el reforzador positivo (sensación placentera) que es el primero que se experimenta y el segundo que son las consecuencias a nivel laboral o familiar que se puedan experimentar no son proporcionales lo que implica que la conducta placentera tengan mayor influencia sobre el sujeto que las consecuencias de esta, es por esto que desde la perspectiva del condicionamiento operante la modificación de una conducta adictiva esta mediada por el cambio en los patrones de estilo de vida que comprendan elementos recompensantes significativos para el individuo (Acuña, 2009).

2.11.1.3 Teorías actitud-conducta. La premisa de estas teorías es la de que los comportamientos pueden predecirse y medirse a través de indicadores probabilísticos, los cuales están dados a partir de las actitudes y creencias del individuo, donde interactúan elementos tales como las intenciones y/o las normas subjetiva, los dos modelos teóricos que representan las teorías de actitud-conducta son los planteados por Fishbein y Ajzen denominados teoría de la acción razonada y teoría de la conducta planificada los cuales buscan predecir la conducta a través de la evaluación de las relaciones entre los elementos de actitudes, creencias, normas e intenciones conductuales (Becoña, 1999).

2.11.1.3.1 Teoría de la acción razonada. El primer autor en plantear algunos parámetros de esta teoría fue Fishbein en 1967, pero posteriormente se une investigativamente a Ajzen para así crear en el año 1975 la teoría de la acción razonada, en un principio estaba orientada a explicar la relación existente entre la actitud y la conducta social pero luego se convirtió en uno de los modelos explicativos más usados para comprender las conductas adictivas, este modelo está centrando en las influencias que actúan sobre las conductas adictivas, teniendo en cuenta factores como las expectativas, actitudes y todas aquellas variables relacionadas con la cognición social (Villareal, 2009).

El objetivo principal de la teoría de la acción razonada es la de lograr predecir la conducta a través de las actitudes y normas subjetivas que posea un individuo, considerando que las conductas son voluntarias y están controladas por el individuo que analiza las implicaciones de sus acciones (Becoña, 2002). Teniendo en cuenta lo anterior se explica que la conducta adictiva se es realizada por las intenciones de la persona, lo que quiere decir que existen intenciones de ejercer o no la conducta, pero este proceso esta mediado por dos factores el primero de ellos es la

actitud o actitudes de la persona y el segundo son las creencias normativas del mismo (Saiz, 2009).

La actitud es definida como la posición que toma una persona frente a una acción u objeto dándole un valor positivo o negativo en una situación o contexto determinado, por su parte las creencias normativas son las percepciones sociales que tiene la persona frente a determina conducta o acción, lo cual es considerado como la base principal de las actitudes (Salamanca y Giraldo, 2012). Las actitudes se componen de dos elementos esenciales el primero son las consecuencias que pueden ser positivas o negativos y el segundo es el valor afectivo que le otorga el sujeto a cada una de las consecuencias (Villareal, 2009).

Por otra parte las creencias normativas están compuestas por la percepción que tiene el sujeto de las implicaciones sociales de la conducta que realiza, y también la motivación que tiene para realizar determina conducta (Salamanca y Giraldo, 2012). Al relacionar estos parámetros con la conducta adictiva se encuentra que esta se produce por la intención que tiene una persona de realizar o no la conducta, factor que esta mediado por la actitud que en cuyo caso se le da un valor afectivo positivo a la conducta adictiva disminuyendo el valor negativo de la consecuencia; donde además influye la percepción que tiene el círculo social cercano al sujeto (amigos, familia, etc), si en el grupo social importante para el individuo la conducta adictiva tiene un valor positivo aumentará la motivación de realizar dicha conducta aun a pesar de las consecuencias que esto pueda tener (Becoña, 2002).

2.11.1.3.2 Teoría de la conducta planificada. Este modelo es una revisión posterior de la teoría de acción razonada, Ajzen en 1988 (como se citó en Becoña, 2002) planteo que aunque las actitudes y creencias normativas pueden predecir las conductas adictivas, existen conductas que el individuo no puedo controlar por eso introduce el elemento de control conductual percibido el

que se define como la percepción de control que tiene el individuo de sí mismo y sus acciones; en relación con la teoría de acción razonada se encuentra que este nuevo elemento otorga una tasa más alta de predicción de una conducta en este caso una adictiva.

Aunque la teoría de conducta planificada se considera más cercana a la predicción de la conducta debido a que plantea que el individuo no siempre ejerce una conducta voluntaria sino que algunas veces esta se encuentra mediada por factores externos a la persona. Es por lo anterior que en las últimas décadas estas dos teorías han dejado de ser usadas en el contexto de las conductas adictivas debido a que algunos de sus resultados son impredecibles sino no se hace la correcta evaluación de los elementos actitudinales y de intensidad conductual (Díaz y Sierra, 2008).

2.11.2 Teorías de estadios y evolutivas. Dentro de estas teorías se explica la conducta adictiva desde la perspectiva de los estados o desarrollo evolutivo de la persona, teniendo en cuenta los factores de la madurez de una persona en relación con la creación y mantenimiento de una conducta adictiva; dentro de este grupo de teorías se encuentra el modelo evolutivo, modelo de etapas motivacionales multicomponentes, teoría de la madurez sobre el consumo de drogas, la teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz, modelo psicopatológico, teoría de la socialización primaria y el modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas; este apartado ampliará la información frente al modelo evolutivo de Kandel y la teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (Becoña, 2002).

2.11.2.1 Modelo evolutivo de Kandel. Se considera a este modelo como uno de los más importantes debido a los grandes aportes de este a la explicación de las conductas adictivas (Becoña, 2002). Este modelo parte del hecho que una conducta adictiva es un proceso escalonado, lo que implica que el inicio de esta se da con el acercamiento a conductas que no

representa un riesgo para el individuo, posteriormente estas conductas avanzan hasta convertirse en conductas adictivas, viéndolo desde la perspectiva del consumo de sustancias este modelo propone que el consumo se inicia con el acercamiento a sustancias legales y posteriormente se avanza al consumo de sustancias ilegales (Kandel, 1996).

Aunque se habla de una secuencia en la conducta adictiva este modelo también propone que no en todos los individuos se da el mismo proceso, ya que esto se encuentra mediado por el significado que le otorga la persona a la conducta lo que aumenta la probabilidad que esta aumente de manera significativa; para este modelo existen dos elementos que participan en la elaboración del significado de la conducta, el primero de ellos es la familia y el segundo son el grupo de pares, también se relacionan estos elementos con la influencia interpersonal, intrapersonal y/o las características personales; la adquisición de nuevas conductas esta determina en gran medida por los procesos de socialización de cada individuo (Kandel y Davies, 1999).

En base a lo anterior se explica que las conductas adictivas son el resultado de la relación que existe entre el individuo y las influencias de los diferentes grupos sociales: iguales, adultos y padres; se considera que de estos grupos la relación con las personas más significativas para la persona genera dos procesos importantes para la generación de las conductas, el primero de ellos es el de la imitación en el cual el individuo observa y retiene aquellos modelos de conductas o actitudes provenientes del grupo de iguales o de los padres; el segundo es el reforzamiento social que se explica como la respuesta del individuo a la definición de las conductas y valores que le otorgan los padres o el grupo de iguales a determinados temas (Kandel, 1996).

De igual forma Kandel y Davies (1999) en sus últimos hallazgos encontraron que la relación de un individuo con sus padres puede influir en el tipo de iguales que tiende a buscar un

individuo, la vinculación familiar es uno de los elementos más importantes en la secuencia de iniciación de las conductas adictivas. Este se ha considerado uno de los modelos con mayor utilidad debido que los estudios de seguimiento que se le han realizado han dado evidencia de su eficacia, debido a que los patrones de evolución propuestos por Kandel se han podido generalizar sin importante el género, raza o edad (Becoña, 2002).

2.11.2.2 Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas. Según Labouvie (1996) las conductas adictivas se explican desde el modelo de maduración donde el elemento principal es la autorregulación que involucra factores de control personal y eficacia, una conducta adictiva se explica como la consecuencia a la alteración de esos dos factores; esto se evidencia cuando la persona pierde control sobre su vida, respondiendo solo a sus necesidades inmediatas, donde las influencias situacionales empiezan a mediar en sus conductas esto debido a la falta del establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo que provocan una inestabilidad en el control conductual de un individuo.

De igual manera se plantea que las metas deben cumplir con tres características básicas para de esta forma no generar una pérdida de control en el individuo; estas características son: claras, precisas, alcanzables y reales, de lo contrario pueden generar estados depresivos que provocan la realización de conductas adictivas (Becoña, 2002). Labouvie en 1996 realizó un estudio que tenía como objetivo comprobar los cambios producidos a través de los años además de las implicaciones de las metas de las personas en relación al consumo de sustancias, lo que encontró es que en un período de 7 años el consumo de sustancias disminuía cuando la persona conformaba una familia lo que se explica cómo el proceso de madurez de cada individuo (1996).

Este modelo teórico atribuye la disminución de una conducta adictiva al aumento en la edad de la persona, proceso que responde a la madurez del individuo unido al aumento en el sentido

de responsabilidad hacia con él y los individuos que podrían llegar a depender de él, de igual forma existe un establecimiento de metas que cumplen con las características básicas lo que impide o modera la realización de una conducta adictiva (Labouvie, 1996).

2.11.3 Teorías Integrativas y Comprensivas. Dentro de estas teorías se encuentran los modelos que tienen como objetivo central explicar las conductas adictivas integrando elementos de diversas teorías hasta lograr una teoría integral que explique en su totalidad las implicaciones de las conductas adictivas. Los modelos que componen esta teoría son los de promoción de la salud, teoría de aprendizaje social, modelo de desarrollo social, teoría de la conducta problema, teoría de la conducta de riesgo, modelo de estilos de vida, teoría de la influencia trídica y modelo de autocontrol; a continuación se describen las más relevantes para la comprensión de la conducta adictiva (Becoña, 2010).

2.11.3.1 Aprendizaje social y teoría cognitiva-social. Las primeras bases teóricas fueron formuladas por Rotter en 1954 (como se citó en Fernández y Llorente, 2006) donde se integraban los elementos del condicionamiento (estímulo – respuesta) con las teorías cognitivas con el objetivo de producir una teoría que predijera la conducta en situaciones sociales complejas; es decir que el aprendizaje social busca explicar la conducta a partir de la relación que tiene el individuo con su entorno teniendo en cuenta los procesos psicológicos del mismo en el transcurso de la conducta, junto con las necesidades y expectativas individuales hacia un énfasis de la personalidad.

Posteriormente esta teoría cambia de nombre a como se conoce actualmente: teoría cognitiva social, la cual es propuesta por Bandura se considera una de las más importantes dentro de las encargadas de explicar la conducta adictiva, el principio de esta teoría es que la conducta adictiva es generada por la persona su cognición y la relación que esto tiene con los aspectos ambientales

que generan (Becoña, 2007). Este modelo teórico conceptualiza la conducta a partir de tres sistemas de regulación: 1. Estímulos externos, explicados a través del condicionamiento clásico, 2. Reforzadores que son originados por las consecuencias de la conducta y la relación de los procesos de condicionamiento que esta posee, y 3. Procesos cognitivos que se encargan de regular las influencias del medio y la percepción de los estímulos así como el control que ejercerán en la conducta (Fernández y Llorente, 2006).

De igual manera otro elemento importante dentro del aprendizaje social-cognitivo es el de modelamiento el cual es definido como un proceso observacional de las conductas realizadas por un individuo o un grupo y que se vuelven un estímulo modelo de pensamientos, actitudes o conductas para el individuo que se encuentra observando, Bandura explica que para que el modelado pueda ingerir en la adquisición o eliminación de una conducta es necesario que se realicen procesos de orden simbólico o real para lo que describió dos factores esenciales: 1. Factores que mejoran la adquisición en el aprendizaje y su retención y 2. Factores que mejoran la ejecución (Becoña, 1999).

Dentro de los factores que mejoran la adquisición se describen tres características básicas para lograr el aprendizaje y la retención de la conducta la primera de ellas es la característica del modelo, esta se refiere a las similitudes que tiene el modelo con el observador, la segunda es las características del observador, que es la capacidad que tiene la persona que observa de retener y procesar la información, y por último se encuentran las características de la forma en que se presenta el modelado, esta comprende la construcción del modelado y si se origina de manera real o simbólica; en los factores que mejoran la ejecución se encuentran los factores que proveen incentivos que son los mismos que los reforzadores de la conducta, los factores que afectan la calidad de la ejecución de la conducta modelada y por último los factores que facilitan la

transferencia que pueden incluir la semejanza de la situación o la cercanía que tienen el modelo o el modelado a la persona observante (Becoña, 2002).

El último componente de este modelo teórico es la autoeficacia la cual es comprendida como la percepción que tienen el individuo sobre su capacidad de actuar frente a determinada situación, la autoeficacia es mediada por la motivación y el logro del individuo en relación con la capacidad que este tiene para afrontar los diferentes cambios a los que se ve enfrentado en su vida, Bandura (1982) propone la autoeficacia como el elemento más importante para explicar factores de adquisición, mantenimiento y cambio de una conducta, debido a que se centra en los pensamientos del individuo y la percepción que este tiene de la capacidad de actuar frente a una situación en concreto.

En base a lo anterior se determina que desde esta perspectiva las conductas adictivas se explican gracias a cinco características básicas, la primera es que las conductas adictivas son producto de las cogniciones que a su vez se elaboran por las creencias del sujeto frente a la adicción, el segundo se relaciona con el primero con el hecho que estas cogniciones son el resultado de la interacción social junto con las experiencias directas de las conductas adictiva, la tercera se refiere a que la relación existen entre los significados funcionales y la conducta adictiva combinada con la autoeficacia por parte de la persona, la cuarta característica son los hábitos provocados por la conducta que posteriormente puede reducir el repertorio de respuestas conductuales del individuo y por última plantea que la recuperación de una conducta adictiva dependerá del adecuado desarrollo de habilidades de afrontamiento (Bandura, 1982).

2.11.3.2 Modelo de desarrollo social. Este modelo teórico fue desarrollado por Hawkins, Catalano y Miller en 1992 las bases teóricas de este modelo radican en la teoría del aprendizaje social, la teoría de control social y la asociación diferencial; este modelo tiene como objetivo

explicar la conducta adictiva desde la perspectiva de los factores de riesgo y protección inmersos en una conducta desviada, esto es debido a que el modelo no solo se centra en explicar las conductas adictivas sino que también busca ser un modelo explicativo dentro de las diferentes conductas problemas, orientando sus esfuerzos a la comprensión de los diferentes procesos de socialización desarrollados por el individuo (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

Las conductas pro sociales y las conductas problemas son originadas por los procesos de vinculación establecidos en los entornos de socialización, explican que la cuando existe una vinculación significativa en ambientes pro sociales se dará como resultado una conducta pro social sino por el contrario este vínculo se genera en contextos antisociales las conductas se orientará hacia el mismo ámbito (Catalano y Hawkins, 1997). Hirshi en 1969 (como se citó en Villareal, 2009) estableció en su teoría de control social que un vínculo social fuerte específicamente el ámbito familiar puede ser un factor de inhibición de una conducta problema; sin embargo Hawkins plantea todo lo contrario argumentando que cuando se presenta un alta vinculación familiar esta se puede convertir en un factor de riesgo para las conductas adictivas si el mismo ámbito familiar también está inmerso en la problemática adictiva.

Los procesos por medio de los cuales se adquieren estos vínculos sociales están mediados en primero por el hecho que la persona debe estar implicada en el medio social, segundo la interacción del sujeto debe ser constante a través de la participación en las diferentes actividades y dinámicas del entorno, tercero la persona debe poseer los recursos personales y las habilidades para desarrollar las interacciones vinculantes y por último la persona deberá percibir que el entorno lo beneficia de alguna forma convirtiéndolo en un reforzador para las diferentes conductas; los autores de este modelo plantearon que los procesos de socialización se desarrollan de manera paralela (Hawkins *et al*, 1992).

La conducta adictiva según Hawkins *et al* (1992) se adquirirá dependiendo los procesos de socialización del individuo, donde los vínculos serán indispensables ya que si estos se desarrollarán en entornos pro sociales tendrán un efecto inhibitor de la conducta adictiva pero si por el contrario estos vínculos son elaborados en entornos antisociales y adicionalmente se convierten en vínculos predominantes la conducta adictiva; los proceso de desarrollo son base esencia de este modelo, tal y como se ha mencionado se considera que la conducta no es estática y dependerá de las situaciones significativas así como de los diferentes contextos sociales, siendo así que la continuidad o cambio de una conducta son el resultado de la interacción con los eventos y los contextos.

2.12 Modelos Interdisciplinarios

A través del tiempo se han elaborado diferentes modelos explicativos orientados a la conducta adictiva y sus implicaciones en el ambiente, el uso de los términos toxicomanía, drogodependencia y/o conducta adictiva algunas veces se encuentra determinado por el modelo ideológico desde donde se define; actualmente se conocen cinco modelos que pretenden comprender, categorizar y analizar las conductas adictivas, uno de los primeros modelos es el psicosocial que se ha trabajado a lo largo de este trabajo a través del reconocimiento de las diferentes teorías que explican la complejidad de cada persona, centrando sus postulados en los factores psicológicos y ambientales de la adquisición de una conducta (Kornblit, *et al.*, 2010).

El modelo psicosocial se basaba en la perspectiva psicológica y actualmente sus postulados desde las diferentes teorías son por medio de los cuales se procede al diseño de modelos de intervención y prevención que son usados en las comunidades terapéuticas y en la implementación de políticas contra las conductas adictivas (Kornblit, *et al.* 2010). Los cuatro modelos restantes serán explicados a continuación y son los encargados de explicar las conductas

adictivas desde las perspectivas sociales, preventivas, legislativas y sanitarias, estos postulados se encuentran en función de cada uno de los modelos desde los cuales se enfoque la explicación (Touzé, 2010).

2.12.1 Modelo jurídico. El paradigma epistemológico de este modelo es el Derecho donde se categoriza las conductas adictivas desde una perspectiva delictiva, planteando que el individuo transgiera las leyes de forma intencional, por lo que debe asumir las consecuencias de su conducta siendo castigado por la misma. Los postulados dentro de este modelo están centrados en las medidas legales y penales que debe asumir un sujeto al realizar una conducta adictiva, estos sujetos son considerados infractores de la ley, dentro de este modelo se tipifican las conductas adictivas desde la perspectiva del consumo de drogas donde se enmarcan las sustancias desde el contexto legal e ilegal (Touzé, 2010)

Debido a lo anterior desde este modelo una conducta adictiva es considerada peligrosa cuando se consumen sustancias de tipo ilegal, se considera a este un modelo prohibicionista debido a que el modelo tiene como objetivo central el de dificultar el acceso a dichas sustancias, por eso se generan programas preventivos donde se muestren los efectos nocivos del consumo de sustancias ilegales así como las consecuencias legales de esto; a las personas que se encuentran realizando conductas delictivas dentro de este modelo son aisladas de la sociedad para evitar la replicación por parte de otras personas, para esto se utilizan recursos públicos y privados en busca de garantizar la seguridad al resto de la sociedad (Asociación Proyecto Hombre [APH], 2015).

2.12.2 Modelo médico. Todas aquellas conductas adictivas son consideradas una enfermedad que necesita ser curada, las adicciones se manejan con la misma base teórica de una enfermedad contagiosa; se contextualiza a la persona como el agente portador, la conducta como

el huésped y el contexto como el ambiente encargado de mantener la conducta, este modelo sanitario a diferencia del modelo jurídico no hace distinción entre conductas, todas son igualmente catalogadas como enfermedad, ya que cumplen con los requisitos médicos para ser tratados como un problema sanitario, desde esta perspectiva se interviene en los factores biológicos pero no se tienen en cuenta los problemas socio-personales que están inmersos en la adquisición y mantenimiento de la conducta adictiva (Menéndez, 1990).

2.12.3 Modelo sociocultural. Desde este modelo las conductas adictivas no solo están determinadas por las características biológicas del sujeto sino que también involucra las estrategias preventivas usadas por la sociedad, lo que quiere decir que las políticas implicadas en la reducción de las conductas también pueden influir como factor determinante de la adquisición y mantenimiento de una conducta adictiva. Su base fundamental para explicar las conductas adictivas es el hecho que las estructuras socio-económicas y los aspectos culturales son determinantes para describir una conducta de este tipo (APH, 2015).

Los factores como la desigualdad, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación y la dificultad para satisfacer las necesidades básicas de un individuo además de la influencia del desarrollo industrial sin una preparación a nivel social y económico son considerados los factores disparadores de una o varias conductas adictivas en la persona, es por esto que aunque se considera uno de los modelos más recientes también es uno de los más aceptados ya amplia la visión frente a todos los determinantes de una conducta adictiva, desde esta perspectiva se han instaurado políticas públicas orientadas a la educación, tolerancia y prevención de las conductas adictivas, donde el individuo con esta problemática es visto como una persona que necesita ayuda, adicionalmente las conductas adictivas no son enmarcadas como legales e ilegales sino que se muestran los efectos adversos de ambas por igual (Touzé, 2010).

2.12.4 Modelo político. Este modelo radica de la crítica a la ineficacia que se ha evidenciado por parte de los modelos preventivos impuestos en los países que se denominan como de primer mundo, sustenta sus postulados en el hecho que las conductas adictivas son un fenómeno global donde interaccionan factores como las características culturales propias de cada país que propician la adquisición y el mantenimiento de una conducta adictiva; y es que para este modelo el contexto no solo se rige por el ambiente familiar, individual o comunitario sino que involucra a toda la sociedad, enmarcando las consecuencias de los cambios y las contradicciones evidencias en las políticas públicas relacionadas con las conductas adictivas, es por estas implicaciones que es uno de los modelos más reacios a ser aceptado e instaurado socialmente (Touzé, 2010).

2.13 Políticas Públicas

Desde el marco jurídico las conductas adictivas han sido enmarcadas en materia al consumo de sustancias ilícitas, se estableció una gran necesidad de que los Estados generaran mecanismo de cooperación para de esta forma disminuir el impacto, razón por la cual se crearon organismos de coordinación y supervisión no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional con el fin de disminuir los problemas de carácter social y económicos derivados del uso y comercio de sustancias psicoactivas ilegales (Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos [INEPAR], 2009).

Es indispensable aclarar que los marcos políticos y legales que existen actualmente están orientados exclusivamente a la conducta adictiva de la el consumo de sustancias psicoactivas ilegales sin embargo los modelos teóricos permiten incluir las conductas adictivas en su totalidad puesto que también representan un problema de salud pública actual (Segura, 2014). A

continuación se describirán el marco internacional así como el marco nacional Colombiano para el manejo del problema relacionado con las conductas adictivas.

2.13.1 Políticas Internacionales. Según los principios políticos y de derechos cuando se firma un tratado internacional, los Estados que lo componen tienen la obligación legal de realizar lo estipulado dentro de dicho tratado, buscando aplicarlo mediante leyes, controles y medidas administrativas que permitan lograr la disminución de las problemáticas sociales implicadas en las conductas adictivas (INEPAR, 2009). Como resultado de la investigación científica en cuanto a la descripción de políticas e intervenciones exitosas se han construido a través del tiempo los estándares internacionales frente al manejo de las conductas adictivas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2015).

Actualmente en el marco internacional se encuentra la Convención única de 1961 sobre estupefacientes que posteriormente fue modificada en el Protocolo de 1972, del Convenio sobre sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988; dentro de estas convenciones se enmarca que cada nación debe llevar a cabo acciones significativas que provoquen una reducción de la comercialización y el consumo de sustancias psicoactivas lo que a su vez generara un bienestar a nivel global frente a las problemáticas de salud pública generadas por las conductas adictivas (Gutiérrez, 2011)

En los últimos encuentros internacionales llevados a cabo por la Comisión de Estupefacientes se ha producido un análisis frente a las acciones tomadas por cada Nación llegando a la conclusión que estas no están siguiendo unos lineamientos integrales que permitan la reducción de esta problemática, razón por la cual se ha buscado implementar nuevas estrategias que permitan una reducción significativa en la oferta y la demanda de las sustancias

psicoactivas, para lo que se plantea que las Naciones deben crear programas de tipo preventivo, tratamiento y rehabilitación así como ampliar la educación frente a los efectos nocivos de este tipo de conductas (INEPAR, 2009).

Es debido a esto que se han creado los Programas de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas y las Oficinas de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, buscando ejercer un mayor control frente al combate del narcotráfico, además de crear modelos teóricos que permitan unificar los planes de prevención, tratamiento y rehabilitación dentro de las Naciones asociadas; se considera que esto ha sido una gran evolución internacional frente a la lucha de cada país para combatir este tipo de conductas, pero dentro de las políticas internacionales se critica que aún deben ser de mayor especificidad y que todas las Naciones deben mostrar un mayor compromiso en cuanto a la aplicación de nuestras estrategias (UNODC, 2015).

2.13.2 Políticas Nacionales. Desde el Marco Nacional se encuentra que Colombia se rige por la Constitución Política de 1991, dentro de esta carta magna no existe una clara alusión al contexto de las conductas adictivas pero sin embargo se decreta en los artículos 47, 49 y 366 se habla del derecho que tienen todos los ciudadanos Colombianos a gozar de la salud y un contexto sano, para lograr estos objetivos se decreta que se debe realizar programas de promoción y protección, así como recuperación de la salud en cuanto sea necesario; es por esto que desde el modelo jurídico colombiano se establece la conducta adictiva puntualmente la del consumo de sustancias como una problemática de salud pública donde se deben ejercer los programas anteriormente mencionados (Constitución política de Colombia [Const.], 1991).

Sin embargo en el año 2009 se realiza una modificación al artículo 49 por medio del acto legislativo 02 del 17 de Diciembre de 2009 donde se establece medidas frente al consumo de sustancias y la conducta adictiva:

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado,... El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Asimismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos (Const., 1991, art. 49 [Modificado. Acto Legislativo 02 del 17 de Diciembre de 2009])

Teniendo en cuenta lo anterior el Gobierno de Colombia ha generado diferentes leyes mediante las cuales busca cumplir con los parámetros inmersos en este artículo de la Constitución.

2.13.2.1 Ley 30 de 1986. También denominada Estatuto Nacional de Estupefacientes que tiene como principal objetivo el de servir como soporte normativo frente al consumo de sustancias ilícitas, abarca la reglamentación frente a los programas de rehabilitación y tratamiento existentes, delimitando que estos deben cumplir con estándares internacionales de calidad, mediante los cuales se garantice la atención integral a las personas consumidoras de

sustancias psicoactivas; se establece que las campañas que busquen prevenir la comercialización y producción de una sustancia ilícita deberán ser supervisadas por el Consejo Nacional de Estupeficientes, para lo cual establece que todos aquellos agentes de difusión masiva de comunicación deberán crear campañas orientadas a combatir la comercialización de dichas sustancias psicoactivas así como especificar las implicaciones nocivas de su uso (Ley 30, 1986)

Esta ley busca dar respuesta a las políticas Internacionales mediante las que se les pide a las Naciones que generen campañas orientadas a la comercialización y producción de las sustancias, esto como una forma de disminuir los índices de consumo de sustancias ilícitas, de igual manera esta Ley especifica una reglamentación frente a la publicidad y comercialización de sustancias lícitas que generan dependencia como lo son el alcohol y el tabaco, para lo cual reglamenta que la publicidad y venta deberá estar dirigida a mayores de dieciocho años y además el producto deberá tener las especificaciones de las consecuencias posibles del uso indiscriminado de dicha sustancia (Ley 30, 1986).

En el artículo segundo especifica la cantidad que podrá ser considerada como de uso personal:

Artículo 2:..., Dosis para uso personal: Es la cantidad de estupeficientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís la que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos. ..., No es dosis para uso personal, el estupeficiente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad (Ley 30, 1986, art. 2).

2.13.2.2 Ley 745 de 2002. Por medio de la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia; esta ley tiene como objetivo la protección de los menores de edad frente a las conductas de consumo de sustancias, dentro de sus artículos especifica que multas y sanciones para los mayores de edad que consuman sustancias que generen dependencia en contexto educativos o en lugares públicos donde permanezcan menores de edad (Ley 745, 2002).

Se establece que cuando un mayor de edad consume alguna clase de sustancia que genere dependencia frente a un menor de edad, la policía podrá retirar al consumidor del lugar y adicionalmente decomisará la sustancia en caso que sea la dosis personal, no se procederá a privar de la libertad al sujeto siempre y cuando la sustancia encontrada no exceda la cantidad estipulado como dosis personal (Ley 745, 2002).

Dentro de esta ley igualmente se tipifica como delito que un establecimiento público permita la venta o consumo de sustancias que generen dependencia en presencia de menores de edad, normatividad que va de la mano con la prohibición de la venta de sustancias generadoras de dependencia a menores de edad; cuando se comprueba este delito el establecimiento procederá a ser cerrado por un lapso de 15 a 30 días y en caso que haya una reincidencia se procederá al cierre definitivo del establecimiento (Ley 745, 2002).

Como último punto esta ley determina que si alguna de las conductas anteriormente mencionadas es desarrollada por un menor de edad, este proceso entrará a un estudio de caso por parte del Defensor familiar quien podrá determinar la necesidad de proceder con un tratamiento de rehabilitación y/o desintoxicación; en caso de un mayor de edad también podrá acceder a este

tratamiento si tanto la familia como el sujeto expresa su deseo y necesidad de participación, para lo que el Estado prestará las ayudas necesarias (Ley 745, 2002).

2.13.2.3 Ley 1566 de 2012. Se considera a esta ley como uno de los avances más importantes del Estado Colombiano en cuanto a la normatividad frente al consumo de sustancias psicoactivas, debido a que responde a estándares internacionales teniendo en cuenta los contextos y las realidades socio-culturales de Colombia, se considera a esta Ley como una herramienta para la población Colombiana, puesto que busca la disminución de la problemática adictiva además pretende ser una base para los profesionales y contribuir a la creación de pautas de intervención y fortalecimiento comunitario (Ley 1556, 2012).

El objetivo central de esta Ley es la de la protección y la garantía de los consumidores de sustancias psicoactivas, para que de esta manera puedan acceder a los servicios de salud y seguridad social, logrando que las entidades responsables otorguen una atención integral orientada a mejorar la calidad de vida de las personas inmersas en problemáticas de conducta adictiva, debido a este la Ley se encarga de describir las obligaciones de las diferentes entidades para la materialización del derecho a la salud, la atención en salud mental y la intervención social necesaria para la disminución del consumo de sustancias psicoactivas (Ley 1556, 2012).

El consumo, abuso y adicción de sustancias psicoactivas ilícitas se especifica como un problema de salud pública que afecta a la familia, comunidad e individuos relacionados con la persona, razón por la cual la Ley establece la conducta adictiva del consumo como una enfermedad mental que requiere una atención integral por parte del Estado. La Ley 1566 establece seis entidades que deben cumplir con unas obligaciones y responsabilidades específicas frente a la participación de los procesos relacionados con las políticas de reducción del consumo de sustancias adictivas (Ley 1556, 2012).

La primera entidad encargada es el Ministerio de Salud y Protección Social que es responsable del seguimiento, reglamentación y evaluación de las políticas públicas en salud mental y de reducción del consumo de sustancias; la segunda son las administradoras de riesgos laborales que están obligadas a implementar proyectos institucionales de prevención del consumo; la cuarta entidad es el SENA que se encargará del diseño, promoción y ejecución de programas de formación integral para el abordaje y atención a personas con problemas de consumo; la quinta corresponde a las instituciones prestadoras de servicios de salud encargadas de la prestación de los servicios de salud y por último se encuentra la Superintendencia Nacional de Salud encargada de vigilar que las entidades involucradas cumplan con sus obligaciones y normas estipuladas por esta Ley (Ley 1556, 2012).

De igual manera la Ley 1566 especifica el Plan de Atención Integral que se entiende como el conjunto de intervenciones y procedimientos clínicos y/o terapéuticos, que garanticen el tratamiento de las personas con trastornos mentales derivados del consumo de sustancias psicoactivas, para el acceso a este plan de atención se estipula que se debe dar prioridad a población de mayor vulnerabilidad o personas menores de edad, se establece que este tratamiento se deberá ofrecer a través de los servicios de salud prestados por las entidades de salud, se deberá categorizar en atención de baja, mediana o alta complejidad lo que permitirá una atención especializada e integral para la persona consumidora (Ley 1556, 2012).

Por último esta Ley establece una serie de derechos en el Plan Obligatorio de Salud que permitirán el acceso a los servicios de salud en situaciones derivadas del consumo de sustancias psicoactivas, de igual manera se procedió a tipificar los diferentes tipos de intervención: el primero es la desintoxicación en el servicio de urgencias que será prestada por cualquier entidad hospitalaria, segundo se encuentra la desintoxicación voluntaria que se prestara en centros en

drogadicción de mediana complejidad, el tercero son los tratamientos de superación de la dependencia que serán prestados por los Centros de Atención en Drogadicción de Mediana y Baja Complejidad y por último se encuentran los centro de Escucha que se encargaran de la intervención individual y/o grupal a trabajos de un trabajo interdisciplinar (Ley 1556, 2012).

Capítulo III: Marco Metodológico

3.1 Tipo de Investigación

Esta investigación está diseñada desde un enfoque cualitativo el cual Hernández, Fernández, Baptista (2014) definen como aquel donde se “utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (p.7). La investigación cualitativa según Denzin y Lincoln (2005, como se citó en Rodríguez y Valdeoriola, 2014) es una actividad de prácticas interpretativas que tiene como finalidad transformar la realidad en un conjunto de representaciones (notas, investigaciones, fotografías, registros, etc.) que permiten dar sentido e interpretación a un fenómeno.

Los diseños metodológicos cualitativos deben estar orientados a la comprensión de un fenómeno desde la vivencia concreta en el contexto y/o su historia, donde las interpretaciones y los significados son parte esencial de una cultura en particular, para comprender un fenómeno es necesario entender cómo se construye el lenguaje en función social. Para lograr este objetivo existen diferentes tipos de investigación desde el enfoque cualitativo que permiten la construcción de un fenómeno; entre ella se encuentra el tipo de investigación documental el cual permite la recuperación y construcción de avances epistemológicos, metodológicos y teóricos frente a determinado fenómeno (Rodríguez y Valdeoriola, 2014)

La investigación documental según Alfonso (1995) corresponde a un proceso científico y sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información entorno a un fenómeno determinado y tiene como objetivo la producción de conocimiento a partir de investigaciones previas; donde la realidad se entiende a partir de un texto o un hecho comunicativo, el cual requiere una análisis frente a su sentido, significado e intencionalidad. Las fuentes primarias de este tipo de investigación son los documentos escritos en sus diferentes

formas: impresos, electrónicos y/o audiovisuales aunque no son los únicos ya que también se pueden usar fuentes como testimonios de especialistas en el tema.

En base a lo anterior la presente investigación se realiza bajo el enfoque cualitativo a través de la investigación documental debido a que su objetivo es el de analizar la transformación conceptual de la toxicomanía hasta la concepción actual de la Conducta Adictiva lo que se realizará a través del análisis y comprensión de las diferentes investigaciones relacionadas con este problemática, por lo tanto esta investigación recoge y consulta documentos, en las fuentes de índole científico encontradas se busca el análisis y la comprensión del fenómeno de las conductas adictivas desde el campo de la psicología.

3.2 Procedimiento

3.2.1 Muestra. La selección de las fuentes de información siguió como criterios: 1. Investigaciones orientadas a las construcción del fenómeno de la conducta adictiva, 2. Bases científicas frente a las adicciones desde el punto de vista psicológico, 3. Investigaciones y bases científicas de los diferentes modelos explicativos de las conductas adictivas.

3.2.2 Técnicas. Este proceso de investigación documental fue construido a partir de la lectura, análisis, reflexión e interpretación de documentos que son resultado de investigaciones y libros científicos que postulan bases teóricas o se encargan de realizar reflexiones frente a ellas; como principal técnica se selección la lectura analítica la cual implica un proceso de observación, descripción, clasificación y descomposición del fenómeno que este caso lo son las Conductas adictivas. La lectura analítica permite una revisión detallada y ordenaba de los elementos que distinguen un fenómeno a través de uno o varios textos.

3.2.3 Instrumentos. Para la recopilación, organización y análisis de las fuentes consultadas se utilizaron como instrumentos: Fichas Bibliográficas, Fichas Hemerográficas, Fichas de Informe

y Fichas de resumen analítico las cuales fueron diseñadas en el proceso investigativo. Los instrumentos de recopilación, codificación y análisis de la información serán explicados en el siguiente apartado junto a la fase en la cual fueron utilizados.

3.2.4 Fases. La investigación estuvo dividida en tres fases que a continuación estarán descritas con detenimiento:

3.2.4.1 Fase 1 “Criterios de selección”. En esta primera fase investigativa, se realizó un sondeo general frente a las investigaciones disponibles referentes a la temática de consumo de sustancias, adicciones y conductas adictivas, dentro de la Tabla 02 se especifican los criterios de selección usados para la recopilación de información.

Tabla 02. Criterios de selección		
Categoría	Especificación	Temáticas
Psicología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigaciones (Artículos científicos en versión electrónica) 2. Libros 3. Trabajos de investigación (Tesis) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia de consumo de sustancias 2. Trastornos adictivos 3. Conductas Adictivas 4. Modelos explicativos del consumo 5. Conceptualización de adicciones 6. Tipificación de trastornos adictivos 7. Conceptos básicos de dependencia y tolerancia 8. Conceptualización histórica de las dependencias 9. Toxicomanía, drogodependencia
Interdisciplinar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigaciones (Artículos científicos en versión electrónica) 2. Libros 3. Leyes 4. Informes (Versión electrónica) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelos explicativos del conductas adictivas 2. Políticas de salud 3. Políticas Internacionales trastornos adictivos 4. Modelos jurídicos de conducta adictiva 5. Implicaciones interdisciplinarias de las conductas adictivas.

3.2.4.2 Fase 2 “Recolección de Información”. Dentro de esta fase investigativa se diseñaron cuatro fichas para la clasificación y codificación de los documentos encontrados, posteriormente se creó una base de datos con el programa informático Microsoft Access 2010, donde por medio de la elaboración de un formulario se codificaron y clasificaron todos los textos. A continuación se describen las diferentes fichas utilizadas:

Tabla 03. Ficha Bibliográfica (Formulario Access)

N° Ficha			
Nombre(s)			
Apellido(s)			
Título del libro			
Año de publicación:	Número Edición:	Número de Tomos:	Lugar:
Nombre serie			
Reseña de contenido			
Palabras clave			

Tabla 04. Ficha Hemerográfica (Formulario Access)

N° Ficha			
Nombre(s)			
Apellido(s)			
Título del artículo			
Nombre de la revista			
Volumen:	Número:	Páginas:	Lugar:
Año			
Reseña de contenido			
Palabras clave			
Recuperado de:			

Tabla 05. Ficha de Informe/Ley (Formulario Access)

N° Ficha			
Institución			
Nombre ley			
Resolución:	Año:	Páginas:	Lugar:
Reseña de contenido			
Palabras clave			
Recuperado de:			

Tabla 06. Trabajo de Grado (Formulario Access)

N° Ficha	
Nombre(s)	
Apellido(s)	
Título del artículo	
Tipo de trabajo	
Nombre de institución	
Lugar:	Año:
Reseña de contenido	
Palabras clave	
Recuperado de:	

3.2.4.3 Fase 3 “Lectura Analítica”. Dentro de esta fase investigativa se realizó la lectura analítica de los documentos seleccionadas de las anteriores fases, posteriormente se diseñó una ficha de resumen analítico. A continuación se evidencia la ficha diseñada.

Tabla 07. Ficha de Resumen Analítico

N° Ficha			
Elaborado por:			
Nombre(s)			
Apellido(s)			
Título del artículo			
Nombre de la revista			
Volumen:	Número:	Páginas:	Lugar:
Edición:	Editorial		Año:
Palabras Clave:			
Descripción:			
Objetivos:			
Metodología:			
Resultados:			
Conclusiones:			
Recuperado de:			

3.2.4.4 Fase 4 “Categorías de Análisis”. A partir de la realización, codificación y análisis de las cuatro fichas propuestas, se desarrollan matrices de análisis que permiten identificar las conceptualizaciones y los diferentes modelos teóricos tanto psicológicos como interdisciplinarios.

Tras la lectura analítica y comprensiva de los textos se agruparon según sus características para de esta forma presentar la conceptualización y los aspectos relacionados con la conducta adictiva. A continuación se presentan las matrices de análisis diseñadas para la investigación.

Tabla 08. Formato matriz de análisis conceptos históricos

Categoría	Concepto	Características
Toxicomanía		
Drogodependencia		
Conducta Adictiva		
Diferencias		Semejanzas
Aspectos Relevantes		

Tabla 09. Formato matriz de análisis de modelos teóricos

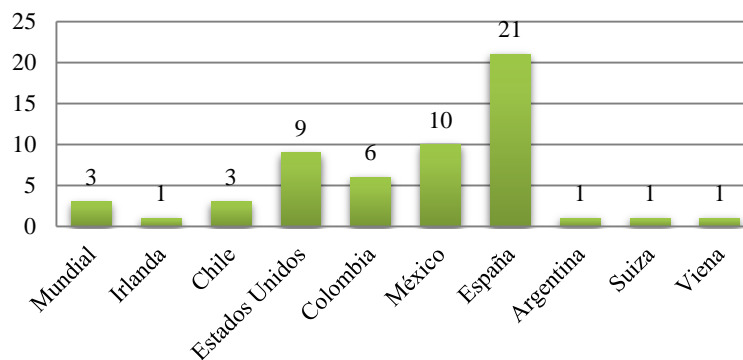
Modelo	Características
Paradigma Psicológico	Teorías Parciales
	Teorías estadios evolutivos
	Teorías integrativas
Paradigma Interdisciplinar	
Políticas Publicas	
Diferencias	Semejanzas
Aspectos Relevantes	

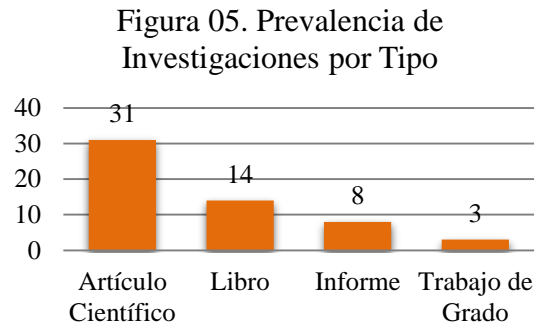
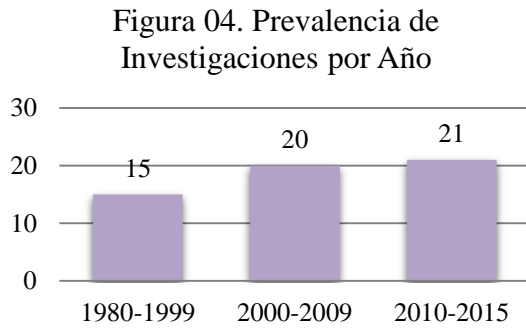
Capítulo IV: Resultados

Para la recopilación, codificación y análisis de los diferentes textos investigativos se usó como herramienta el programa “Microsoft Access 2010” el cual es un sistemas de gestión de bases de datos que se encuentra incluido en el paquete ofimático denominado Microsoft Office, este es un gestor de datos encargado de recopilar la información de una forma organizada y bajo las características de categorías realizadas por la persona, permite tener un seguimiento de los datos así como su análisis posterior el cual permite la creación de informe como parte particular; en el caso particular de esta investigación se realizó una base de datos encargada de recopilar los textos investigativos y sus características (Rico, 2011), dentro de la base de datos se crearon cuatro fichas: 1. Ficha Bibliográfica, Ficha Hemerográfica, Ficha de Trabajo de Grado y Ficha de Informe, cada una de ellas elaborada por el investigador para cumplir con los requerimientos de análisis planteados anteriormente en el marco metodológico, a continuación se describen los datos más importantes del análisis y recopilación de los datos según el Informe de Microsoft Access (ver Anexos).

La investigación conto con la revisión de 67 fuentes investigativas de las cuales 56 corresponden a investigaciones y textos orientados a cumplir el objetivo de conceptualizar la conducta adictiva; estas fuentes se encuentran agrupadas de la siguiente manera:

Figura 03. Prevalencia de Investigaciones por País





Como lo muestran las gráficas anteriores la prevalencia de investigaciones según el país determina a España en el primer lugar con el 37%, en segundo lugar se encuentra México con un 18% y en tercer lugar Estados Unidos con un 16%; según la prevalencia de investigaciones por año se encuentra que los rangos están distribuidos porcentualmente de la siguiente manera: 1980 a 1999 con un 27%, 2000 a 2009 con un 36% y 2010 a 2015 con un 37%; y por último la prevalencia de investigaciones según su tipo está distribuido de la siguiente manera: Artículos Científicos 55%, Libros 25%, Informes 14% y Trabajos de Grado 6%.

En las siguientes matrices se realiza la síntesis de la información obtenida del desarrollo de la lectura analítica registrada a través de las fichas de resumen analítico (ver Anexos); para el análisis se utilizaron tres matrices, la primera de ella está orientada a registrar la información de conceptos históricos relacionados con la conducta adictiva y por último la segunda es la matriz que conceptualiza las conductas desde el paradigma de los modelos teóricos

Tabla 10. Matriz de transformación conceptual del termino Conducta Adictiva

Categoría	Concepto	Características
Toxicomanía	Se considera a esta una de las primeras conceptualizaciones definidas por la OMS para explicar el fenómeno del consumo de sustancias ilegales,	La persona consumidora se denomina bajo el nombre de toxicomaniaco. El toxicomaniaco es una persona con un problema mental, el cual

	<p>desde esta perspectiva se define el consumo de sustancias como un deseo o necesidad incontrolable de consumir una sustancia, donde la persona es capaz de ejercer cualquier conducta que le permita acceder inmediatamente a la sustancia requerida, este deseo se encuentra acompañado de una dependencia psicológica y física que le impide a la persona realizar las actividades básicas de su vida, lo que se considera un problema de salud mental; dentro de esta definición se introduce el termino de habituación el cual busca hacer una diferenciación entre el consumo de sustancias problemático, o el consumo de la sustancia que se convierte en un hábito para la persona donde la dosis consumida es la encargada de establecer el nivel de dependencia presente en el</p>	<p>fue definido por su tipo de personalidad.</p> <p>La toxicomanía no tiene una tipificación en cuanto a las sustancias ni existe un diagnóstico integral, solo se tiene en cuenta la dependencia física al igual que los niveles de habituación que puedan ser ocasionados por la sustancia y su aumento en la dosis.</p> <p>Dentro de la concepción de la toxicomanía las interacciones a nivel social no determinantes del consumo, ya que este se debe exclusivamente a características individuales, la interacción más amplia al igual que los efectos no son centrales para explicar la adquisición de una dependencia.</p> <p>Los síntomas determinantes de la toxicomanía se encuentran relacionados con los síntomas físicos de malestar y bienestar que experimenta el individuo una</p>
--	---	---

	<p>sujeto.</p>	<p>vez consume o dejar de consumir cierta sustancia.</p> <p>Solo existe la toxicomanía cuando hay un consumo de una sustancia ilegal.</p> <p>No se enmarca conductas que puedan generar el mismo malestar físico o psicológico dentro de la toxicomanía</p>
<p>Drogodependencia</p>	<p>Se originó en respuesta a los avances científicos de la época, además de la proliferación del consumo de sustancias, fue sustituido el termino de toxicomanía por el de dependencia que según la OMS abarcaba muchas más características frente al consumo de sustancias ilegales, este término era adoptado como un estado que era consecuencia del consumo o administración de cualquier clase de sustancia, este podía ser por una administración periódica o continua y los efectos</p>	<p>Inicia la tipificación de las sustancias según los efectos que ocasionan.</p> <p>Se genera el termino drogodependencia por la unión de los términos droga y dependencia, al igual que se denomina al sujeto como drogodependiente y/o drogadicto.</p> <p>Se caracteriza el consumo según el tipo de dependencia, ya sea físico o psicológico, se empiezan a unir las características propias de cada sustancia con la reacción según el individuo.</p> <p>Los síntomas son un su gran</p>

	<p>y/o síntomas dependen de la clase de sustancia que es ingresada al organismo, de igual manera se desarrolla la conceptualización de la palabra “droga” dentro de los marcos de dependencia, se definió como toda aquella sustancia que una vez que ingresa al cuerpo genera un cambio a nivel físico y psicológico. De igual manera la dependencia dentro de su exploración conceptual empieza a reconocer al individuo como un sujeto de relaciones, el cual algunas veces es resultado de su interacción no solo con la sustancia sino con el contexto en la cual adquiere la dependencia.</p>	<p>mayoría fisiológicos representados a través de un malestar general y permanente en el organismo a causa de la ausencia de la sustancia. La drogodependencia conlleva a que se iniciara la exploración frente a los factores sociales involucrados dentro de la adquisición y mantenimiento de una dependencia a una sustancia.</p>
<p>Conducta Adictiva</p>	<p>Nace como una necesidad en los últimos siglos debido a la evolución de las sustancias, al igual del ingreso de nuevas conductas que también cumplen con el requisito de generar una</p>	<p>Las conductas tienen una incidencia negativa en el bienestar del sujeto en el contexto personal, familiar y/o laboral. Los criterios diagnósticos abarcan no solo el consumo de</p>

	<p>dependencia, además se empieza la relaciona de las conductas con no solo el consumo sino además los efectos nocivos de cualquier clase de dependencia en la vida del individuo, se inicia a enmarcar las conductas adictivas como un trastorno de tipo mental donde la persona pierde el control sobre sus acciones y se rige por la necesidad de cumplir con la conducta que le genera la satisfacción, este término a pesar de haber sido introducido en los últimos siglos aun no es común usarlo debido a que introduce conductas que son resultado de la interacción del sujeto con las nuevas tecnologías, razón por la cual se enmarca las conductas desde una perspectiva de relaciones donde la interacción con el contexto del sujeto es parte fundamental en la adquisición de nuevas conductas que no le</p>	<p>sustancias sino además las conductas que por el uso repetido y significativo tienen la capacidad de generar una abstinencia y/o dependencia. No solo se enmarca el consumo de sustancias ilegales sino que se establece las sustancias legales dentro de los criterios de diagnóstico. No se habla de sustancias y sus efectos sino cambia por conducta y sus efectos. No se le denomina a la persona por un término en específico sino que se empieza hablar de un problema de salud mental que al igual que otras enfermedades tiene un serie de signos y síntomas que deben ser abordados desde una perspectiva profesional. Para poder realizar un diagnóstico y tratamiento de una conducta adictiva es necesario</p>
--	---	---

	<p>permiten una funcionalidad adecuada.</p> <p>La conducta adictiva es conceptualizada como una pérdida total del control por parte del individuo donde a pesar de las consecuencias negativas en los diferentes niveles, el sujeto es incapaz de detenerse en cuanto a la reacción conductual, la carga de respuesta conductual está determinada por el malestar producido por la falta de una conducta determina.</p>	<p>clasificarla, según el tipo, frecuencia y consecuencias, teniendo en cuenta que cada una de ellas tiene unas propiedades que generan en el individuo la pérdida del control.</p>
<p>Diferencias</p> <p>Dentro de las dos primeras conceptualizaciones se cataloga a la problemática como exclusivo del consumo de sustancias consideradas ilegales, aunque se busca enmarcar también las sustancias legales, esto no se encuentra tipificado dentro del diagnóstico, debido a que este es caracterizado por el nivel de malestar provocado en el individuo, a diferencia del último término que busca una tipificación no solo en relación a una sustancia sino teniendo en cuenta las propiedades de la conducta;</p>	<p>Semejanzas</p> <p>Desde las tres perspectivas se enmarca la necesidad de conceptualizar y tipificar esta problemática con el objetivo de generalizar el diagnóstico, cada uno de ellos siguiendo las características propias del concepto; de igual forma estas conceptualizaciones son el resultado de la interacción del individuo con la sociedad, donde cada época enmarca unas consecuencias y características en este caso propias de la evolución del concepto, donde a través de los años la invención de nuevas sustancias al igual que</p>	

<p>de igual forma cada perspectiva tiene un postulado para la adquisición de dicha adicción, donde se parte en la primera se parte del deseo generado por una sustancia, en el segundo es el deseo generado junto con el malestar físico o psicológico que esta sustancia ocasiona, mientras que en el ultimo se tienen en cuenta que es una problemática mental que abarca no solo características personales sino también la interacción del sujeto-sociedad, donde se encuentran inmersas todas las sustancias creadas para producir una modificación en el organismo y aquellas conductas capaces de modificar de igual forma el nivel de funcionalidad de la persona.</p>	<p>el ingreso de las conductas produce una modificación en el paradigma epistemológico de la concepción de los trastornos de tipo adictivo.</p>
--	---

Aspectos Relevantes

Es importante resaltar que las diferentes conceptualizaciones están dadas por la época, pero de igual forma se han encontrado en los estudios más recientes que aún se utilizan términos como toxicomaniaco o drogadicto para la descripción de una persona con un trastorno adictivo, estos conceptos son utilizados de forma paralela sin que se conozca una predilección por algún termino en específico, de igual manera los términos para describir a una persona con una problemática adictiva también dependerá del contexto cultural en el cual se encuentre inmerso.

Tabla 11. Matriz de Identificación de los modelos teóricos explicativos de la Conducta Adictiva

Modelo		Características
Paradigma Psicológico	<i>Teorías Parciales</i>	Los modelos teóricos pertenecientes a este modelo conceptualizan parcialmente las implicaciones de los trastornos adictivos, buscan retomar los conceptos más importantes de teóricas explicativas de la

		<p>conducta y hacen una adaptación propia con teorías frente a la adquisición, mantenimiento y eliminación de un trastorno adictivo. Estas teorías fueron las pioneras en conceptualizar el consumo de sustancias desde la perspectiva biológica, además de retomar los constructos del condicionamiento clásico donde el trastorno adictivo es expresado desde la perspectiva de una conducta resultante del aprendizaje previo del individuo, donde entran factores tales la relación y las actitudes que adopta un sujeto en su contexto social así como la reciprocidad que este tiene, lo que ayuda a generar la sensación de control percibido por el individuo que tiene como consecuencia la creación de imaginarios frente a la capacidad de controlar un trastorno adictivo; desde los modelos teóricos parciales se consideran como factores determinantes de un trastorno adictivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Factores biológicos y mecanismos cerebrales, 2. Factores personales (Actitud, Control y Creencias) y 3. Experiencias previas de aprendizaje en relación con el contexto. <p>De estas teorías es importante aclarar que son adaptaciones de teorías más amplias, por lo que no se centran exclusivamente en la explicación de los trastornos adictivos, y por lo general están enfocados a la conducta del consumo de sustancias psicoactivas.</p>
	<p><i>Teorías estadios evolutivos</i></p>	<p>Los modelos teóricos evolutivos son adaptaciones realizadas por diferentes autores que buscan establecer la adquisición de las adicciones como consecuencia de un inadecuado desarrollo, donde se puede evidenciar que dependiendo las estrategias utilizadas por una persona para afrontar las crisis del desarrollo también será capaz de</p>

		<p>afrontar problemáticas relacionadas con las adicciones; desde este paradigma la persona está en constante movimiento, razón por la cual se considera que los trastornos adictivos podrán ser eliminados una vez la persona alcance su madurez, cuando los procesos de desarrollo y maduración han finalizado; para estos supuestos teóricos la conducta adictiva se adquiere por la falta de establecimiento de metas claras y reales que le permitan afrontar las diferentes etapas madurativas, también están inmersos factores tales como el contexto de desarrollo y el adecuado desarrollo físico del individuo.</p>
	<p><i>Teorías integrativas</i></p>	<p>Se consideran los supuestos teóricos encargados de explicar en su totalidad las conductas adictivas, estos modelos explicativos tienen sus fundamentos teóricos en grandes teorías que se encargan de explicar la conducta, dentro de estos modelos integrativos, no se habla exclusivamente del consumo de sustancias sino que se busca explicar la adicción desde las respuestas conductas que el individuo adquiere a través de su vida, donde los contextos históricos y culturales hacen parte de los factores determinantes de la adquisición de conductas inadecuadas, desde este paradigma integrativo el individuo se ve como un ser integral que es resultado de una interacción constante con otros sujetos, donde el aprendizaje previo juega un papel determinante para la adquisición de conductas, de igual manera los contextos llegan a convertirse en factores reforzadores ya sean positivos o negativos de una conducta adictiva; los postulados buscan una actualización constante en sus premisas, donde se evidencia que el tratamiento es resultado de la explicación</p>

		<p>acertada de las experiencias de adquisición del trastorno, por lo cual el individuo no se cataloga como el generador del problema o el problema en sí mismo, sino que se le analiza desde un perspectiva externa e interna, donde existen diferentes factores y que cada uno de ellos debe ser analizado en su totalidad, para de esta forma crear estrategias únicas e integrales de intervención.</p>
<p>Paradigma Interdisciplinar</p>		<p>Los modelos teóricos interdisciplinarios establecen los trastornos adictivos como conductas inadaptadas que generan problemáticas sociales, donde se establece a la persona como la fuente del problema debido a una enfermedad mental que en algunas necesita ayuda de entidades públicas para lograr su eliminación, dentro de los modelos interdisciplinarios se tienen en cuenta los síntomas y signos físicos así como las consecuencias negativas de las adicciones, por lo general se establece que el consumo de sustancias ilegales es la principal problemática de la cual se derivan el resto de conductas, dentro de los postulados teóricos interdisciplinarios un trastorno adictivo también es resultado de un efecto de comercialización donde se habla de una oferta y demanda que es la determinante de una adicción.</p>
<p>Políticas Públicas</p>		<p>Las políticas públicas actuales tanto nacionales como internacionales se enfocan en el consumo de sustancias psicoactivas, su principal enfoque es el de crear programas de prevención y tratamiento que se accesible a todos los individuos, desde este punto las adicciones son vistas una problemática de salud pública en la que los principales autores son las entidades prestadoras de salud, así como la responsabilidad jurídica de los ministerios de justicia y educación,</p>

	<p>porque de los adecuados programas establecidos por los ministerios determinarán el nivel de oportunidades de un individuo que se convertirá en un factor protector que automáticamente disminuirá la demanda comercial de sustancias y a su vez disminuirá conductas delictivas relacionadas al consumo de sustancias ilegales.</p>
<p>Diferencias</p> <p>Desde la perspectiva de cada supuesto teórico se explica de forma diferente los factores determinantes de una conducta adictiva, cada uno de ellos basa sus postulados en experiencias investigativas diferentes, donde las bases teóricas se convierten en determinantes de las modalidades de investigación, es decir los modelos teóricos psicológicos por su parte estudian al individuo desde una perspectiva integrativa, parcial o evolutiva, desde los modelos interdisciplinarios se tienen en cuenta aspectos judiciales, médicos, políticos y/o económicos.</p>	<p>Semejanzas</p> <p>Una de las principales semejanzas entre estos modelos teóricos es el hecho que se establece a los trastornos adictivos como un conjunto de conductas, aunque la mayoría se basa en el hecho de las sustancias psicoactivas, siguen estableciendo estas problemáticas como un problema conductual, donde las respuestas del individuo están mediadas por una experiencia de aprendizaje previa que tiene relación con todos los contextos relacionales del individuo.</p>
<p>Aspectos Relevantes</p> <p>Las políticas públicas encontradas están relacionadas con modelos explicativos interdisciplinarios, pocas presentan una base teórica psicológica, se determina a los trastornos adictivos como conductas inadaptadas que deben ser solucionadas en un contexto de protección a la sociedad, aunque se evidencian postulados teóricos psicológicos dentro de las fases de tratamiento estas pocas veces son de carácter integrativo y se basan específicamente en modelos de intervención provenientes de teorías parciales.</p>	

Discusión

Esta investigación tuvo su principal motivación desde la premisa contenida en el World Drug Report 2015 (UNODC, 2015) donde se resalta que existe una carencia de investigación sobre la amplia variedad de temas cuya importancia está siendo evitada, en este caso un tema como lo son las conductas adictivas, la cual empieza a convertirse en una problemática de salud pública donde no solo se deben considerar las categorías de las sustancias psicoactivas ilegales sino que además se debe tener en cuenta que están apareciendo conductas adictivas con las mismas implicaciones pero que por el desconocimiento frente a sus características están siendo olvidadas en el proceso investigativo.

Tal y como lo especifica el DMS V en su nueva edición los trastornos adictivos son aquellos que provocan una activación de todo el sistema de recompensa del sistema cerebral, el cual está determinado por el reforzamiento en los comportamientos ya sea derivado de una sustancia o una conducta (APA, 2014), como se menciona anteriormente estas características de activación cerebral está determinado por los patrones de uso, abuso y dependencia, en el contexto de una conducta el uso, abuso y dependencia también está presente, como lo determina el Manual de Diagnóstico, una conducta puede generar síndrome de abstinencia y dependencia, un ejemplo claro es la dependencia a la tecnología, donde se evidencia que una conducta como lo es revisar las redes sociales, puede convertirse en una dependencia al tener la necesidad de revisar diariamente las redes y además se presentará el síndrome de abstinencia si el individuo no puede realizar la conducta de revisar sus redes.

Aunque esta nueva concepción no sería posible de no ser por la transformación conceptual que ha estado presente desde épocas antiguas, una de las primeras organizaciones en busca de conceptualizar la problemática de la adicción fue la Organización Mundial de la Salud quien

categorizo primeramente este tipo de conductas bajo la perspectiva de Toxicomanía que buscaba ser la primera respuesta científica real a la problemática del consumo de sustancias, como se ha elaborado a lo largo de esta investigación documental, la toxicomanía se caracterizó por ser un fenómeno que ocasiona un daño a nivel individual o colectivo, en el cual el individuo actúa de acuerdo a sus necesidades que son guiadas por la necesidad compulsiva de consumir o de obtener una sustancia que genere esos mismos efectos.

Posteriormente se introdujo el termino de drogodependencia que se consideró la unión entre los conceptos de dependencia y droga, lo cual buscaba enmarcar dos de las principales características de una adicción, el primer termino de dependencia hacía referencia al malestar físico y psicológico producido por la ingesta de una droga la cual era definida como toda sustancia que al entrar en contacto con el organismo produce un alteración en el sistema cerebral ocasionando un fuerte deseo de repetir la sensación, como Sánchez lo planteo en su investigación de antecedentes históricos de las drogodependencia, para poder entender las características de una adicción es indispensable realizar un recorrido por todos aquellos términos que han buscado definirla.

En la búsqueda de la identificación de los factores de transformación conceptual de los trastornos adictivos, como se explica en la Figura 06, se ha evidenciado que la evolución está planteada desde algo que parece tan simple como el origen del problema, pero esto ha implicado una evolución en la visión del fenómeno, donde se han dejado de lado las estigmatizaciones frente a las adicciones, además de buscar dar respuesta a la inconformidad de la sociedad por la falta de información que ha causado que la objetiva investigativa se vea nublada.

Figura 06. Transformación Conceptual



A través del reconocimiento de los conceptos esenciales de los trastornos adictivos fue realizada la indagación teórica que permitió reconocer los diferentes postulados psicológicos frente a las conductas adictivas, aunque estos tienen inmersa su propia concepción de los trastornos adictivos, es importante resaltar que los postulados han evolucionado a medida que las conceptualizaciones cambian; identificar estas teorías explicativas permitió reconocer que cada postulado sea parcial, evolutivo o integral tiene su origen en postulados teóricos más amplios, lo que deja a estos modelos como adaptaciones científicas que buscan dar solución a las preguntas frente a la adquisición y mantenimiento de una conducta adictiva.

Los modelos teóricos explicativos como se mencionó están divididos en tres grandes apartados: parcial, evolutivo e integral, los dos primeros se relacionan en el hecho que buscan explicar el trastorno adictivo desde el consumo de una sustancia psicoactiva, si bien se manejan apartados relacionados con la adquisición de una conducta inadecuada esta siempre será un derivado del consumo excesivo o nocivo de una sustancia, es solo en los últimos modelos teóricos denominados “integrales” donde se ingresan las conductas como factores determinantes de una adicción, de igual forma ingresan al análisis las experiencias previas que pueden ser

adquiridas en diferentes contextos que de igual manera están mediados por elementos culturales que interactúan con las creencias y percepciones de cada individuo.

Las conductas adictivas desde los modelos teóricos explicativos aún deben ser ampliados debido a que la gran mayoría de postulados está centrado exclusivamente en el uso de sustancias psicoactivas y como intenta explicar los modelos integrativas, las conductas son parte esencial del diagnóstico que originara un tratamiento acertado, esto se encuentra relacionado con el impacto de la noción de Conducta Adictiva en los modelos interdisciplinarios que aún se encuentran centrados en catalogar el consumo de sustancias como problemas delimitados exclusivamente en el sujeto, postulando que las conductas adictivas son en realidad consecuencias del consumo de sustancias cuando en verdad son en un paradigma más amplio, que no debe estar centrado exclusivamente al consumo o a las conductas delictivas o problemáticas que de este derivan; para este manejo la Organización Mundial de la Salud ha establecido que el consumo de sustancias es un asunto de todas las disciplinas sociales, que aunque cada marco científico busque conceptualizar los trastornos adictivos, estos deben tener las mismas bases científicas integrando las nuevas nociones evitando mantener conceptos incompletos o incapaces de explicar en su totalidad las problemáticas de salud pública derivadas de los trastornos adictivos.

La falta de conexión de los marcos psicológicos e interdisciplinarios ha ocasionado a su vez que los modelos de políticas públicas se conviertan en textos contradictorios en donde se habla de una problemática de salud pública pero donde no se conceptualiza la problemática desde una visión psicológica, conductual, contextual y cultura que tiene factores de índole político, económico y social, establecer una relación frente a las nuevas concepciones de Conducta Adictiva con la políticas públicas actuales es uno de los retos más importantes de las ciencias

sociales, puesto que se están originando nuevas políticas que no tienen en cuenta que ya no es suficiente hablar de un consumo de sustancia sino que los términos conductuales también hacen parte de los trastornos adictivos.

Tal es así que la UNODC en sus informes ha resaltado que la falta de investigaciones ha provocado una serie de confusiones en la población que entiende como conducta adictiva el hecho de consumir una sustancia ilegal pero no tiene en cuenta que el contexto es más amplio, que las sustancias legales también son capaces de producir desequilibrios en la vida de una persona, pero tal y como se menciona en los últimos informes epidemiológicos latinoamericanos (Organización Panamericana de la Salud, 2009), el alcohol y el cigarrillo son dos de las sustancias legales con más altas tasas de consumo, pero al ser aceptadas socialmente no son convertidas en una problemática sino un patrón cultural totalmente aceptado; no solo es explicar los modelos con sustancias prohibidas por la sociedad sino también integrar todas aquellas sustancias y comportamientos sociales, que aunque son parte de la cultura también son detonantes de un trastorno adictivo que poco a poco se ha vuelto un común en la vida de muchas sociedades.

Bien se describe en el Informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud, Latinoamérica necesita que las investigaciones y los investigadores realicen nuevas propuestas no solo de intervención sino también de prevención, pero esto solo se logrará si se inician procesos investigativos que analicen, recopilen y organicen la información disponible, para de esta manera crear caracterizaciones y conceptualizaciones reales sobre los contextos latinoamericanos donde se está desarrollando la problemática, no basta con revisar las teóricas e implementar instrumentos, se trata de crear nuevos postulados teóricos orientados a entender los trastornos adictivos como una problemática de carácter público, donde el individuo necesita de

las políticas públicas, de los profesionales en salud para comprender y tratar su trastorno conductual.

Los profesionales de la salud en todas sus áreas deben dejar de establecer características obsoletas para denominar una adicción, la perspectiva del problema individual debe ser ampliado, donde se resalte que una conducta problemática puede ser superada con la implementación de tratamientos efectivos, y para ello se debe tener en cuenta que los modelos teóricos más recientes resaltan la importancia de integrar el fenómeno, debe verse desde todas sus partes, con todos sus factores, no se debe encasillar al individuo ni ponerle una etiqueta buscando aislarlo de la sociedad, porque la verdad es que el verdadero problema estará ahí y la única solución es que desde las ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias Políticas se establezcan nuevas teorías que adopten la concepción de Conducta Adictiva entendida como un trastorno adictivo que tiene como base las conductas humanas que son producto de un aprendizaje constante, que tiene que ver con la sociedad actual, con las nuevas invenciones al igual que las nuevas formas de interacción.

Aunque también hay que entender que este proceso de análisis de la concepción de la Conducta Adictiva es bastante complejo y requiere mucho más intereses no solo de entidades políticas sino también de intereses académicos donde se cambien los paradigmas que plantean investigaciones de estandarización y se inicien más procesos de indagación donde las preguntas de investigación se orienten a temas más amplios tales como: ¿Las nuevas interacciones están determinando la forma en la que nuestra sociedad está creciendo? ¿Acaso se han creado todas las teorías investigativas o aún existen más factores y elementos que investigar?

Conclusiones

La investigación dentro de los resultados permitió tener una visión parcial de la cantidad de investigaciones disponibles frente a la temática de las conductas adictivas, como quedo registrado en las gráficas de prevalencia uno de los país con mayor cantidad de investigaciones es España, seguido por países como Estados Unidos y México, Colombia siendo uno de los países con una alta tasa de problemáticas relacionadas a las adicciones ocupa un cuarto lugar con un 6%, esto en cuestiones investigativas es resultado de una escasez de información referente a la conceptualización de los trastornos adictivos, aunque literatura frente al consumo de sustancias existe, poca de ellas está dedicada a definir los conceptos y las características de los trastornos adictivos como una problemática de salud mental.

Y es que como lo muestran las matrices de análisis la gran mayoría de los modelos teóricos están desarrollados en país desarrollados que han tratado estas temáticas como un asunto de salud pública, porque no es suficiente el desarrollo teórico sino que debe estar acompañado de una contextualización previa, en Colombia estas contextualizaciones se dan en cuanto a las estadísticas de consumo en instituciones escolares y/o universitarias, pero no existe un estado de la cuestión frente a postulados teóricos que puedan adaptarse a los aspectos culturales y sociales de la sociedad Colombia (Organización Panamericana de la Salud, 2009) de aquí radico los resultados bajos frente a las investigaciones centradas en conceptualización, caracterización y estandarización de las conductas adictivas en Colombia.

Actualmente la concepción de la conducta adictiva es resultado de un proceso evolutivo donde está inmersa la investigación científica llevada a cabo en varios países, que han buscado crear postulados teóricos que expliquen el consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva integrativa, aunque en el desarrollo de esta actividad se ha ampliado la concepción

hasta llegar a la noción de que el consumo de sustancias es una de las varias conductas que puede producir un desequilibrio en la persona, tal y como lo plantean los postulados integrativos, no se trata exclusivamente de la acción de consumir una sustancia sino que además se deben establecer aquellas conductas que tienen una sintomatología igual o parecida.

Dentro de las matrices de análisis se encontró que los puntos de semejanza entre los modelos ya sean de índole psicológica o interdisciplinar es que existe un conjunto de conductas, no solo es exclusiva de una; uno de los aspectos relevantes dentro de los resultados es el hecho de que la gran mayoría de investigaciones se orienta exclusivamente al consumo de sustancias, como es el caso de las políticas públicas ya sean nacionales o internacionales, la gran mayoría de los esfuerzos están dirigidos a la disminución de la comercialización de sustancias ilegales, pero no están dirigidas a la prevención del consumo de sustancias legales o a la adquisición de conductas adictivas relacionadas con la tecnología; las políticas se han planteado bajo el fundamento del delito y su impacto en la sociedad pero se ha alejado la visión de un trastorno mental que debe ser intervenido con mayor detenimiento.

Sin embargo el mundo sigue su desarrollo y la investigación aunque poca ha ido renovando sus conceptos frente a esta problemática, esta evolución no solo ha generado nuevos significados conceptuales sino que a su vez ha producido que se deseen replantear los postulados teóricos, donde se incluyan no solo las conductas sino además se realice una tipificación en cuanto a síntomas y signos que permita un acercamiento más real con la problemática, donde la explicación vaya más allá del fenómeno y se centre en todos aquellos factores que lo componen, para de esta forma crear programas de intervención que realmente sean exitosos.

Referencias

- Acuña, G. (2009). Comprendiendo las adicciones: La Teoría del Aprendizaje y su Aplicación en la Prevención De Recaídas. Recuperado de:
http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf
- Alfonzo, I. (1995). *Técnicas de Investigación Bibliográfica*. Caracas: Contexto Ediciones.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) 5a Ed.* Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
- Asociación Proyecto Hombre. (2015). *Plan Estratégico: Modelo Bio-Psico-Social en el Abordaje de las Adicciones como Marco Teórico*. Recuperado de:
www.projectehome.cat/.../MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2...
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1982AP.pdf>
- Bayot, A. (1998). Factores de Riesgo en la Etapa de Iniciación en la Conducta Adictiva al Tabaco. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 24(1), 17-41. Recuperado de: mac-mx.org/wp-content/uploads/2013/05/Vol-24-n-1-17-41.pdf
- Becoña, E. & Cortés, M. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en formación*. Barcelona, España: Martín Impresores, S.L.
- Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid, España: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Becoña, E., I. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Santiago, Chile: Universidad de Santiago

- Becoña, E., y Cortés, M. (Ed.) (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona, España: Socidrogalcohol.
- Becoña., E., I. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828103>
- Berruecos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81. Recuperado de: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185...
- Bobes, J., Casas, M., Gutierrez, M. (Ed). (2011). *Manual de Trastornos Adictivos 2da Edición*. Barcelona, España: Enfoque Editorial, S.C.
- Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. (1997). The social development model: A theory of antisocial behaviour. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current theories* (pp. 149-177). Nueva York: Cambridge University Press. Recuperado de: <http://ir.library.louisville.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2024&context=etd>
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2016). Áreas de Aplicación: Campo Psicología Social, Ambiental y Comunitaria. Colegio Colombiano de Psicólogos: Bogotá D.C. Recuperado de: <http://www.colpsic.org.co/productos-y-servicios/campo-psicologia-social,-ambiental-y-comunitaria/95>
- Comité de Trabajo de Grado Programa de Psicología. (2015). *Manual para la realización y entrega de trabajo de grado de psicología*. Universidad de Cundinamarca: Facatativá.
- Congreso de Colombia (19 de Julio de 2002). Tipificación como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia (Ley 745 de 2002). ISSN: 0122-2112.

Congreso de Colombia (31 de Enero de 1986). Artículo 2 [Título I]. *Estatuto Nacional de Estupefacientes* (Ley 30 de 1986). Recuperado de:

https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3670_documento.pdf

Congreso de Colombia (31 de Enero de 1986). Estatuto Nacional de Estupefacientes (Ley 30 de 1986). Recuperado de: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3670_documento.pdf

Congreso de Colombia (31 de Julio de 2012). Normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas (Ley 1556 de 2012). Recuperado de:

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1566012.pdf>

Constitución Política de Colombia. (1991). 2da Ed. Recuperado de:

www.corteconstitucional.gov.co/?bTy

Constitución Política de Colombia. (1991). 2Ed. Artículo 49 Modificado. Acto Legislativo 02 del 17 de Diciembre de 2009] [Título II]. 2da Ed. Recuperado de:

www.corteconstitucional.gov.co/?bTy

Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y protección. *Acciones e*

Investigaciones Sociales, 161-187. Recuperado de:

www.socidrogalcohol.org/prevencion/documentos.html?...119:prevención,-análisis...

Dunn, M. (2011). *A quick guide to drugs and alcohol*. Sydney, Australia: State Library of New South Wales

Fagua D, J., Scoppetta, O., Arenas L, N., & León U, M. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (3rd ed.)*. Bogota: Impresores S.A.S. Recuperado

de: https://www.unodc.org/documents/colombia/.../Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

- Fernández, C., y Llorente, J., M. (2006). Evaluación de constructos relacionados con las Teorías del Aprendizaje Social-Cognitivo en Drogodependientes en Tratamiento: Fiabilidad y Validez. *Adicciones*, 18(3), 251-257. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122031006>
- Fernández, J., R., Carballo, J., L., Secades, R., y García, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. *Análisis de la relación y consecuencias. Papeles del Psicólogo*, 28(1), 2-10. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828102>
- Gabantxo, K. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz*. (4), 139-158. Recuperado de:
www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/04/04139158.pdf
- García, J., M. (2001). *La droga: conceptos, aspectos penales y penitenciarios*. España: Editorial Club Universitario.
- Graña, G., J., y Carroble, J., A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psichotema*, 3(1), 87-96. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72703107>
- Gutiérrez, C. (2011). *La investigación profesional sobre el Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) desde Trabajo Social: Análisis de los Trabajos de Grado Escritos de Bogotá (2000-2009)*. Universidad de la Salle, Bogotá, Colombia
- Gutiérrez, C., E. (2011). *La Investigación Profesional sobre el Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) desde Trabajo Social: Análisis de los Trabajos Escritos de Bogotá* (Tesis de pregrado). Universidad de la Salle, Bogotá, Colombia. Recuperado de:
repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13425/T62.11%20G985i.pdf?...1

- Gutiérrez, G. (2016). Trastornos Mentales y de Comportamiento. En Pato, S., Navalón, R., y Pastor, D. (Ed.) (2016), *Manual de Codificación. CIE-10-ES Diagnósticos* (pp. 93-102). España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105. Recuperado de:
<https://cre8tiveyouthink.files.wordpress.com/2011/12/social-developmental-prevention-and-yd.pdf>
- Hernández, D. C. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 39, 153-170. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a11.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. P. (2014) *Metodología de la Investigación, Sexta Edición*. Distrito Federal, México: McGraw-Hill Editorial.
- Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos. (2009). *El marco legal internacional y la prevención de adicciones*. Recuperado de:
http://www.inepar.edu.mx/INEPAR/pdf/liberadictus/80_El_marco_legal_internacional_y_la_prevenccion_de_adicciones.pdf
- Instituto Deusto de Drogodependencias. (2004). *Informe de factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes*. Recuperado de:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- Jaramillo, C. A. (2010). Aportes de la psicología a la comprensión e intervención de la adicción a sustancias psicoactivas. *Katharsis*, (10), 127-135. Recuperado de:
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/download/189/325>

- Kandel, D., B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315. Recuperado:
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/002204269602600202>
- Kandel, D., B., y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M., Glantz y R., Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keane, R., Reaper-Reynolds, S., Williams, J., y Wolfe, E. (2006). *Understanding Substances and Substances Use: A Handbook for Teachers*. Irlanda: South Western Area Health Board
Recuperado de: www.drugs.ie/resourcesfiles/guides/2802-3498.pdf
- Kornblit A. L., Camarotti A. C. y Di Leo, P. F. (2010). Módulo 01: La Construcción Social de la problemática de las drogas. *Prevención del consumo problemático de las drogas*. I (1), 1-18.
Recuperado de: files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476. Recuperado de:
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002204269602600208?journalCode=joda>
- Larimer, M., Palmer, R., Marlatt, A. (1999). Relapse Prevention. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160. Recuperado de: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf>
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación 3a Edición*. Madrid, España: Medica Panamericana.

Martínez, M. J. (2000). El discurso social sobre drogas en la prensa de Murcia. *Cuadernos de Trabajo Social*, (13), 369-383: Recuperado de:

<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS0000110377A/8106>

Medina, M. E., Real, T., Villatoro, J., y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿Hacia dónde vamos?. *Salud Pública de México*, 55(1), 67-73. Recuperado de:

www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a10.pdf

Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México D.F.: Alianza Mexicana.

Organización de los Estados Americanos. (2014). *El problema de las drogas en las Américas: Drogas y salud pública*. Recuperado de:

www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

Organización Mundial de la Salud (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva, Suiza: World Health Organization Publish. Recuperado:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Recuperado de:

new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf

Pérez, E., Rojo, G. R., Sánchez, J., Llanero, M., y Puerta, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52(3), 163-172. Recuperado de:

<https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25542.pdf>

Pérez, F. (2011). *Estudios sobre adicciones: Perfiles de Drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. Burgos, España: Publicaciones de la EXCMA. Diputación Provincial de Burgos.

- Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones: ¿adicciones nuevas?* Guadalajara, México: Intermedio ediciones.
- Rico, A. (2011). *Curso de Microsoft Access 2010*. Colombia: RicoSoft Informática Profesional
- Roberts, A., J., y Koob, G. (1997). The neurobiology of addiction. *Alcohol Health and Research World*, 21(2), 101-106. Recuperado de:
<http://www.cogsci.ucsd.edu/~pineda/COGS260/addiction/neurobiology%20of%20addiction.pdf>
- Saiz, J. (2009). Estudio Empírico de las Variables de la Teoría de la Conducta Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Adicciones*, 21(3), 187-194. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/2891/289122899002.pdf
- Salamanca, A., y Giraldo, C. (2012). Modelos Cognitivos y Cognitivos sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*, 2(2), 185-202. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815140.pdf>
- Sánchez, M. (1991). Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos. *Anuario de psicología*, (49), 5-18. Recuperado:
www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64653/88680
- Sanchis, M. (2003). Drogas y drogodependencias: nuevos retos. *Salud y drogas*, 3(2), 11-13. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83930202.pdf>
- Segura, N. (2014). *Política pública de Drogas en Colombia: Un Balance entre Seguridad y Salud Pública (Tesis de especialización)*. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
- Tavera, S., y Martínez, M. J. (Ed). (2008). *Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida*. México. Recuperado de:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_preencion.pdf
http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/prevadicciones_nuevavida.html

Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*.

Buenos Aires: Ministerio de Educación - Troquel.

United Nations Office on Drugs and Crime (2015). *International Standards on Drug Use*

Prevention. Recuperado de:

http://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf

United Nations Office On Drugs and Crime. (2015). *World Drug Report 2015*. Recuperado de:

Universidad de Cundinamarca (2016). *Universidad de Cundinamarca: Institución, misión y*

visión. Anual. Universidad de Cundinamarca: Facatativá. Recuperado de:

<http://www.unicundi.edu.co/index.php/institucion/mision-vision>

Villareal, M., E. (2009). *Un Modelo Estructural del Consumo de Drogas y Conducta Violenta en*

Adolescentes Escolarizados. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Nuevo León,

Monterrey, México

Anexos

Informe de Ficha Bibliográfica

Nº	Nombre(s)	Apellidos (s)	Título del libro	Lugar de impresión	Nombre de Editorial	Año
B001	Elisardo	Becoña Iglesias	Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias	Madrid	Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado	2002
B002	Elisardo, Maite	Becoña Iglesias, Cortés Tomás	Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en formación	Barcelona, España	Martín Impresores, S.L.	2010
B003	Julio, Miguel, Migeul	Bobes, Casas y Gutiérrez ed.	Manual de Trastornos Adictivos	Barcelona, España	Enfoque Editorial, S.C.	2011
B004	David, Gerardo, Víctor José y Elisardo	Saavedra Pino, Flórez Menéndez, Villanueva Blasco y Becoña Iglesias	Plan de Trastornos Adictivos de Galicia	Galicia, España	Conselleria de Sanidad	2011

Nº	Nombre(s)	Apellidos (s)	Título del libro	Lugar de impresión	Nombre de editorial	Año
B005	José María	García Jiménez	La droga: conceptos, aspectos penales y penitenciarios	España	Editorial Club Universitario	2001
B006	Elisardo	Becoña Iglesias	Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas	Chile	Universidad de Santiago	1999
B007	Carlos y Pilar	Fernández y Baptista	Metodología de la Investigación, Sexta Edición	México	McGraw Hill	2014
B008	David y Jordi	Rodríguez y Valdeoriola	Metodología de la Investigación	España	Universidad Oberta Catalunya	2014
B009	Rory, Sheilagh, John y Esther	Keane, Rea, Reynolds, Williams y Wolfe	A Handbook For Teachers	Irlanda	South Western Area Health Board	2006

B010	Fernando y Isiodoro	Perez y Martín	Nuevas Adicciones: Adicciones Nuevas	México	Intermedio Ediciones	2007
B011	Fernando	Pérez	Estudios sobre adicciones: Perfiles de Drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos	España	Publicaciones de la EXCMA	2011
B012	Matthew	Dunn	A quick guide to drugs and alcohol	Estados Unidos	State Library of New South Wales	2011
B013	Simón y María	Tavera y Martínez	Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida.	México	México	2008

Informe de Ficha de Informe

NºFicha	Nombre de la Organización	Título del Informe	Año	País
I001	Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD)	Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes	2004	España
I002	Asociación Proyecto Hombre	Plan Estratégico: Modelo Bio-Psico-Social en el Abordaje de las Adicciones como Marco Teórico	2015	Mexico
I003	Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos (Inepar)	El marco legal internacional y la prevención de adicciones	2009	Chile
I004	United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]	International Standards on Drug Use Prevention	2015	Viena
I005	Organización de los Estados Americanos	El problema de las drogas en las Américas: Drogas y salud pública	2014	Mundial
I006	United Nations Office On Drugs and Crime [UNODC]	World Drug Report	2015	Mundial
I007	Organización Panamericana de la Salud	Epidemiología del Uso	2009	Mundial
I008	Organización Mundial de la Salud	Lexicon of alcohol and drug terms.	1994	Suiza

Informe de Ficha de Trabajo de Grado

NºFicha	Nombre	Apellido	Título del trabajo	Tipo de trabajo	Nombre de la institución	Lugar	Año
T001	Camilo Ernesto	Gutierrez Paez	La Investigación Profesional sobre el Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) desde Trabajo Social: Análisis de los Trabajos Escritos de Bogotá	Trabajo de Grado Profesion al	Universidad de la Salle	Colombia	2011
T002	María Elena	Villareal González	Un Modelo Estructural del Consumo de Drogas y Conducta Violenta en Adolescentes Escolarizados	Trabajo de doctorado	Universidad Autónoma de Nuevo León	México	2009
T003	Nicolas	Segura Gonzales	Política pública de Drogas en Colombia: Un Balance entre Seguridad y Salud Pública	Trabajo de Grado de Especializ ación	Universidad Militar Nueva Granada	Colombia	2014

Informe de Ficha Hemerográfica

NºFicha	Nombre	Apellido	Título del artículo	Nombre de la revista	Año	V.	N.	Lugar	Pág.
H001	Ana Lía, Ana Clara, Pablo Francisco	Kornblit, Camarotti & Di Leo	Modulo 01: La Construcción Social de la problemática de las drogas	Prevención del consumo problemático de las drogas	2010	I	1	Argentina	1-18 pp
H002	Luis	Flórez Alarcón	Centro de Estudios e Investigacions sobre Adicciones	Acta Colombiana de Psicología	1998	I	1	Colombia	121-124
H003	Elisardo, Luis Armando	Becoña Iglesias y Oblitas Guadalupe	Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapeutica	Revista de la Psicología de la PUCP	2003	XX I	1	México	71-106
H004	Elisardo	Becoña Iglesias	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	Revista Iberoamericana de Psicología	2014		11	España	58-610
H005	Miquel	Sánchez Turet	Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos	Anuario de psicología	1991		49	España	5-18
H006	Kontxi	Gabantxo	Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo	Osasunaz	2001		4	España	139-158
H007	Juan Carlos,	Pastor & López	Modelos teóricos de prevención en toxicomanías	Canales de psicología	1993	XI X	1	España	19-30

Jesús

H008	José Ramón, José Luís, Roberto, Olaya	Fernández Hermida, Carballo, Secades-Villa y García-Rodríguez	Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias	Papeles del Psicólogo	2007 28	1 España 2-10
H009	José, Jose Antonio	Graña Gomez y Carrobles	Condicionamiento clásico en la adicción	Psichotema	1991 3	1 España 87-96
H010	Gonzalo	Acuña	Comprendiendo las adicciones: la teoría del aprendizaje y su aplicación en la prevención de recaídas	N/Aplica	2009 N/Aplica	Chile
H011	Mary, Rebekka y Alan	Larimer, Palmer y Marlatt	Relapse Prevention	Alcohol Research & Health	1999 23	2 Estados Unidos 151-160
H012	Jesús	Saiz Galdós	Estudio Empírico de las Variables de la Teoría de la Conducta Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos	Adicciones	2009 21	3 España 187-194

diferentes

H013	Solveig Eréndira, David Bruno, Sara Elisa, José Abelardo y Emilia Lucio	Rodríguez Kuri ,Diaz Negrete, Gracia Gutiérrez de Velasco, Guerrero Huesca y Gómez Maqueo	Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos	Salud Mental	2007 30	1 México o	68-81
H014	Alicia y Cristian	Salamanca y Giraldo	Modelos Cognitivos y Cognitivos sociales en la prevención y promoción de la salud	Revista Vanguardia Psicológica	2012 2	2 Colombia	185-202
H015	Rafael y María	Díaz Fernandez y Sierra Berdejo	Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y protección.	Acciones e Investigaciones Sociales	2008	España	161-187
H017	Cesareo y Juan Miguel	Fernández Gómez y Llorente del Pozo	Evaluación de constructos relacionados con las Teorías del Aprendizaje Social-Cognitivo en Drogodependientes en tratamiento: fiabilidad y validez	Adicciones	2006 18	3 España	251-257
H016	Elisardo	Becoña Iglesias	Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas	Papeles del Psicólogo	2007 28	1 España	11-20

Nº Ficha	Nombre	Apellido	Título del artículo	Nombre de la revista	Año	V.	N.	Lugar	Pág.
H018	Maria Elena, Tania, Jorge y Guillermina	Medina, Real, Villatoro y Natera	Las drogas y la salud pública: ¿Hacia donde vamos?	Salud Pública de México	2013	55	1	México	67-73
H019	Delia Cristina	Hernández	Tratamiento de adicciones en Colombia	Revista Colombiana Psiquiatría	2010	39		Colombia	153-170
H020	Agustín	Bayot	Factores de Riesgo en la Etapa de Iniciación en la Conducta Adictiva al Tabaco	Revista Mexicana de Análisis de la Conducta	1998	24	1	México	17-41
H021	Luis	Berruecos Villalobos	Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones	Cuicuilco	2010	17	49	México	61-81
H022	Eduardo, Gloria, José, Marcos y Carmen	Pérez, Rojo, Sánchez, Llanero y Puerta	Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones	Revista de Neurología	2011	52	3	España	163-172
H023	Cesar Augusto	Jaramillo Jaramillo	Aportes de la psicología a la comprensión e intervención de la adicción a sustancias psicoactivas	Katharsis	2010		10	Colombia	127-135
H024	María	Martínez	El discurso social sobre drogas en la	Cuadernos de	2000		13	España	369-383

	Jose		prensa de Murcia	Trabajo Social			
H025	Manuel	Sanchis Fortea	Drogas y drogodependencias:nuevos retos	Salud y drogas	2003 3	2 España	11-13
H026	Amanda y George	Roberts y Koob	The neurobiology of addiction	Alcohol Health and Research World	1997 21	2 Estados Unidos	101-106
H027	Denise	Kandel	The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences.	Journal of Drug Issues	1996 26	Estados Unidos	289-315
H028	Erich	Labouvie	Maturing out of substance use: Selection and self-correction.	Journal of Drug Issues	1996 26	Estados Unidos	457-476.
H029	Albert	Bandura	Self-efficacy mechanism in human agency.	American Psychologist	1982 37	Estados Unidos	122-147
H030		Hawkins Catalano y Miller	Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention.	Psychological Bulletin,	1992	11 Estados Unidos	64-105
H031		Catalano y Hawkins	The social development model: A theory of antisocial behaviour.	Delinquency and crime: Current theories	1997	Estados Unidos	149-177