



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

De emociones, agencia y adicciones. Entre la destrucción y la esperanza

APORTES Y REFLEXIONES DESDE UN ESTADO DEL ARTE

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
DULCE MARÍA VALENCIA VEGA
FRIDA DE LA PAZ AVILA
COORDINADORAS

De emociones,
agencia y adicciones.
Entre la destrucción
y la esperanza

APORTES Y REFLEXIONES DESDE UN ESTADO DEL ARTE



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

De emociones, agencia y adicciones. Entre la destrucción y la esperanza

APORTES Y REFLEXIONES DESDE UN ESTADO DEL ARTE

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
DULCE MARÍA VALENCIA VEGA
FRIDA DE LA PAZ AVILA
COORDINADORAS

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE
Biblioteca Dr. Jorge Villalobos Padilla, S.J.

Gómez Gómez, Elba Noemí (coordinación)

De emociones, agencia y adicciones : entre la destrucción y la esperanza : aportes y reflexiones desde un estado del arte / Coord. e introd. de E.N. Gómez Gómez, D.M. Valencia Vega, F. de la Paz Avila ; pról. de R. Arboleda Gómez. -- Guadalajara, México : ITESO, 2024.

202 p

ISBN PDF 978-607-8910-56-4

1. Grupos de Autoayuda. 2. Adicciones – Prevención. 3. Adicciones – Tema Principal. 4. Emoción. 5. Psicopatología. 6. Psicoterapia. 7. Psicología Clínica. I. Valencia Vega, Dulce María (coordinación). II. Paz Avila, Frida de la (coordinación). III. Arboleda Gómez, Rubiela (prólogo). IV. t.

[LC]

616. 86 [Dewey]

Diseño original: Danilo Design

Diseño de portada: Ricardo Romo

Diagramación: Alicia Cynthia Castañeda Hernández

Corrección de estilo: Minerva Mendoza

1a. edición, Guadalajara, 2024.

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)
Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, Col. ITESO,
Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604.
publicaciones.iteso.mx

ISBN PDF 978-607-8910-56-4

Impreso y hecho en México.
Printed and made in Mexico.

Índice

PRÓLOGO / <i>Rubiela Arboleda Gómez</i>	7
INTRODUCCIÓN / <i>Elba Noemí Gómez Gómez, Dulce María Valencia Vega y Frida de la Paz Avila</i>	13
EL COMPLEJO MUNDO DE LAS ADICCIONES / <i>Dulce María Valencia Vega</i>	17
ADICCIONES. AGENCIAS EN RESISTENCIA / <i>Elba Noemí Gómez Gómez</i>	47
LAS EMOCIONES Y LA ADICCIÓN. UNA TRAMA EN LA VIDA / <i>Sofía Cervantes Rodríguez</i>	81
LA PREVENCIÓN EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES: ESCENARIOS IMAGINADOS / <i>María del Pilar Rodríguez Martínez</i>	113
TERAPIAS, PSICOTERAPIAS Y ADICCIONES. UNA MIRADA INTERDISCIPLINAR / <i>Eugenia Catalina Casillas Arista</i>	147
LA SABIDURÍA DE LA ESPERANZA: ALCOHOLICOS ANÓNIMOS / <i>Elba Noemí Gómez Gómez, Casimiro Arce Arriaga y Frida de la Paz Ávila</i>	171
EPÍLOGO. LAS ADICCIONES, LOS ADICTOS Y EL PROCESO DE RECUPERACIÓN / <i>Pedro Briones Casillas</i>	191
ACERCA DE LAS Y LOS AUTORES	201

Prólogo

RUBIELA ARBOLEDA GÓMEZ*

En el acercamiento al libro *De emociones, agencia y adicciones. Entre la destrucción y la esperanza* me han asaltado inquietudes como estas: ¿qué es una adicción?, ¿qué significa ser una persona con adicción?, ¿qué adicciones se legitiman y cuáles son sancionadas?, ¿qué mueve a la estigmatización y a la invisibilización de prácticas que pueden denominarse adictivas?

Los capítulos aquí reunidos ofrecen pistas para responder a estas y otras preguntas, y dan cuenta de las dimensiones que rodean a las subjetividades rotuladas como adictos y sus acciones. Dulce María Valencia Vega, Elba Noemí Gómez Gómez, Sofía Cervantes Rodríguez, María del Pilar Rodríguez Martínez, Pedro Briones Casillas, Eugenia Catalina Casillas Arista, Casimiro Arce Arriaga y Frida de la Paz Avila plantean alternativas terapéuticas, académicas, institucionales y comunitarias para comprender la problemática en su densidad social y pública. He podido identificar resonancias en su discurso que permiten trazar líneas de fuerza que atraviesan el texto de dos modos: por un lado, perfilan la adicción desde sus constitutivos; por otro, proponen estrategias para la atención de esta. Las trayectorias y discusiones de quienes escribieron este libro lo avalan en calidad de aporte transdisciplinar a las reflexiones en torno a la tensión entre las adicciones y las emociones.

Ahora bien, quisiera aprovechar la oportunidad que me han brindado de prologar este texto para ofrecer una perspectiva que dialoga con lo expresado por sus autoras y autores. Parto de la convicción según la cual, los seres humanos somos una construcción social y cultural. No hay humanidad por fuera de la cultura y de la sociedad. Decir “humano” es, de hecho, aceptar la inscripción en espacios, tiempos, contextos y grupalidades que proporcionan una existencia. Mi presencia, mi condición, mi realidad están mediadas por lo otro y los otros que me hacen existir.

En esta perspectiva, la cultura y la sociedad tejen una trama compleja de la que es difícil prescindir y se nos ofrece como un agregado de maniobras de control —planes, recetas, fórmulas, reglas e instrucciones— que gobiernan la conducta a la manera de “programas culturales”, los cuales ordenan y dirigen la vida de los individuos y del colectivo. Cultura y sociedad son hilos, muchas veces invisibles, que se traducen en códigos éticos de la vida colectiva que sustentan de forma tácita la cotidianidad. Así, el sujeto, su cuerpo y sus emociones son el resultante del paso por este dispositivo, que es articulado y movido por un deber ser, por una idealidad que se erige como ruta única y segura hacia una vida feliz.

* Doctora en Estudios Científicos Sociales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Actualmente, es doctorante en Filosofía por la Universidad Pontificia Bolivariana. Se ha desempeñado como profesora en la Universidad de Antioquia. Su reflexión académica y labor investigativa han estado centradas en la relación cuerpo-cultura y sociedad. Es autora de múltiples publicaciones nacionales e internacionales entre las que destaca: *Voces del territorio. El cuerpo en el Centro de Medellín* (2019).

Se espera que de seguir el plan sociocultural previsto, cada uno encuentre un universo armónico, ordenado, pleno de experiencias gratas y, ¡cómo no!, caracterizado por emociones valoradas de manera positiva por la hegemonía rectora, conducentes a la conformidad, la prosperidad, la comodidad, la tranquilidad, la salud y la paz. En suma, se trata de un mundo emocional positivizado, prescrito, que se presenta como una promesa esperanzadora la cual promueve el sacrificio, el sometimiento y la entrega a expensas del control del gozo, el placer y el deseo. El humano de esta propuesta sociocultural está poseído por el bien; empero, en cada uno de nosotros habita lo malo y lo bueno, así como lo bello y lo feo.

Idealidades, regulaciones y controles constituyen formas de tiranía amparadas, en la actualidad por el proyecto capitalista occidental, un proyecto duro, lineal y estructurado de tal manera que en ocasiones no logra dar sentido a la vida de la totalidad de quienes integran la comunidad. Tal designio se edifica sobre el trabajo, la productividad y el estatus social; de ahí que el ocio, el disfrute, la gratuidad y las emociones asociadas a estos se sancionen por ir en contra de la ordenanza establecida.

Aquellas emociones que ponen en riesgo la expectativa sociocultural resultan dudosas: la alegría, la tristeza, la desazón, el desasosiego, la insatisfacción e incluso la curiosidad por otras formas de vida caen bajo sospecha y reclaman vigilancia y sanción. En consecuencia, no es factible salirse de los límites, y en ciertos momentos es necesario ser funámbulos, lo que en este contexto significa atravesar las circunstancias en una cuerda floja tendida entre el precepto y el deseo.

Estas emociones y quienes las portan desafían el mecanismo descrito, lo cual impulsa la tendencia a la patologización de los sentimientos: “¿Tristeza? No, es depresión”, entonces tratamiento; “¿Alegría, entusiasmo, euforia? No, es hiperkinesis”, entonces tratamiento; “¿Inconformidad, inquietud, insatisfacción? No, es neurosis”, entonces tratamiento. Sin embargo, las emociones también forjan adicciones, pues se puede ser dependiente de la tristeza, de la ira, del amor. Dulce María Valencia Vega manifiesta en su escrito que en la actualidad (2024 —tercera década del siglo XXI—) se habla de nuevas adicciones o adicciones comportamentales, las cuales amplían las dificultades en razón tanto de la intervención como de los enfoques que tutelan los debates y los análisis al respecto.

Por su parte, Pedro Briones Casillas nos dice que el adicto es un ser hipersensible, lo que indica que también hay límites en las emociones, topes que, si se sobrepasan, pueden ser insoportables para uno mismo y para los demás. Así las cosas, las emociones que pueden vulnerar el ideal del ser humano inscrito se tornan enfermedades, las cuales se procura erradicar. Al respecto, es importante la apuesta de Sofía Cervantes Rodríguez, toda vez que destaca el potencial de las emociones en la comprensión y en las mediaciones de quienes ahondan en la adicción.

Piénsese en la cultura y la sociedad como un cajón con paredes que delimitan, moldean y contienen. Entonces, quienes no se ajustan al tamaño adecuado se desbordan, no caben, y en consecuencia, se eliminan. Los escenarios del encierro —llámense cárceles, manicomios o, en algunas ocasiones, unidades de desintoxicación, o aquellos sin paredes como las calles— por lo tanto, son la alternativa preservadora del orden: albergan el desecho de personas despojadas de sus emociones, sus historias y sus sueños, toda vez que no facilitan el progreso, la “planitud”, la armonía. Y desde luego, despojados asimismo de la capacidad de agencia, la cual, como lo expone Elba Noemí Gómez Gómez, se ignora en los afanes por corregir la evidencia de la insubordinación y se encubre como rasgo amenazante de lo instituido.

La cultura puede verse como un pentagrama en el que las notas, por maravillosas y diversas que sean las melodías que producen, se disponen en líneas rectas que ofrecen rutas estrictas y también límites; por esto, no es admitida ninguna nota por fuera de ese pentagrama: aquellas que se saltan la barda no existen. ¿De dónde surgieron?, ¿qué quieren decirle al mundo?, ¿qué proponen? Respuestas que a nadie interesan, dado que se formulan por fuera del esquema, desde la marginalidad.

Cultura y sociedad disponen de un formato cifrado de comportamiento que incluye un cuerpo y unas emociones que permiten señalar quién entra y quién no, así como quiénes somos y quiénes no somos. Cultura y sociedad son, pues, avales en los que la identidad se configura, se llena de contenidos y se obtiene un lugar en la comunidad. No obstante, esta identidad entraña la paradoja entre la inclusión y la exclusión, determina la funcionalidad o la disfuncionalidad de las personas, desde el punto de vista social... he ahí el criterio de pertenencia.

Ahora bien, la arista sociocultural no desconoce la existencia de constitutivos antropológicos, es decir, de características que nos hacen humanos, como por ejemplo, el abanico amplio y elaborado de emociones. Pero qué desencadena una emoción, cuándo se puede exhibir y cómo se tramita son asuntos que tienen todo que ver con los contextos. Todos lloramos, pero ¿cuándo?, ¿cómo? y ¿por qué?; ¿cuándo está bien o mal visto llorar? De igual manera, todos reímos, pero ¿cuándo una carcajada es permitida? Los detonantes de las emociones no son universales; por el contrario, como lo manifiesta Cervantes Rodríguez, las emociones nos otorgan singularidad y construyen la propia historia.

Mientras más esté inscrita determinada grupalidad en la dinámica civilizatoria, más se pondrá a prueba su tolerancia cultural. En una comunidad más “simple”, por ejemplo, se aceptan como normales prácticas y emociones que en un contexto más “civilizado” se señalan como disfuncionales.¹ Cobra relevancia aquí la propuesta de Eugenia Catalina Casillas Arista, para quien es necesaria la integración de disciplinas, enfoques y tratamientos que posibiliten entender y atender una realidad confusa como la vivida por las personas consumidoras de psicoactivos, en conversación con las instituciones públicas y privadas, con los gobiernos y con los ciudadanos. Esta alternativa resuena con la ofrecida por María del Pilar Rodríguez Martínez, quien plantea la necesidad de promover estrategias de prevención, comprometer a los actores sociales, generar recursos y trascender el enfoque centrado en la rehabilitación. Asimismo, Dulce Valencia Vega se refiere a la necesidad del diálogo de saberes que admitan nuevas comprensiones del mundo de las adicciones.

Las afecciones del espíritu, como el miedo, la vergüenza, la repulsión, la desesperanza y la congoja, también son constitutivos antropológicos, mundos emocionales que están allí, instalados en nuestra condición humana, agazapados tras los velos de las emociones convenientes a las lógicas de la vida social. Todas las afecciones del espíritu tienen cabida en nosotros. Todos y todas tenemos secretos íntimos e intransferibles que ocultamos hasta al ser más amado, pero allí están, furtivos, acallados y, por fortuna, invisibles.

1. Esto se asemeja a lo que pasa en la actualidad (2024 —tercera década del siglo XXI—) con el concepto de obesidad: se es obeso con menos peso que hace algunas décadas. O a lo que sucede con las prescripciones de lactancia materna, que dependen de las condiciones nutricionales de las poblaciones; así, en las comunidades africanas en condición de precariedad, la libre demanda del neonato va hasta los dos años, mientras que en Europa, esa libre demanda va hasta los cuatro meses. En este caso, se trata de diferencias socioeconómicas que se traducen en prescripciones y proscripciones nutricionales que, escudadas en la ciencia, favorecen experiencias distintas con la lactancia.

Empero, no todos y todas logramos ese ocultamiento, no siempre conseguimos ingresar en el contenedor que reorienta las emociones y las conduce hacia el bien último esperado. No, para algunas personas no es soportable, ni comprensible ni interpretable el deseo hegemónico de un mudo feliz que se apalanca en la productividad, en identidades sustituidas por el lugar en el engranaje. Por esta razón, ante la pregunta “¿Quién eres?” se responde: “Una profesora del ITESO” o “Un arquitecto”. De alguna manera, el yo se desdibuja en la función.

Y allí, en esa imposibilidad de encajar en el molde, emerge otra circunstancia muy humana: el rebosamiento, la exploración de algo más allá, la búsqueda del sentido de la vida que no siempre logra otorgar el proyecto sociocultural. Con otras palabras, Briones Casillas nos dice que el adicto está en la búsqueda de la vida y que al resultar infructuosa, llega a las drogas. En este sentido, se impone la necesidad de saltar del pentagrama y de ingresar en el vértigo de la caótica, de la vulnerabilidad, un universo sensible que ha sido negado.

El adicto asume entonces los costos de la expulsión del “paraíso”: la estigmatización de la identidad, valga decir, el abandono del lugar protegido para ingresar en el no lugar de la sanción; la pérdida de seguridades sociales manifiestas en la inscripción institucional, con la consiguiente salida de la manada y la añoranza de la reinscripción en la familia y en el sistema educativo; y el desconocimiento como una subjetividad asistida por emociones con potenciales materiales y simbólicos —capacidad de agencia, dirá Gómez Gómez— ya que la separación del programa social reduce todo el ser a una sola condición (la de adicto), ocultando, desestimulando, omitiendo y negando la pluralidad de la existencia y de la vida. El adicto y la adicta entregan así sus trayectorias y deviene en seres sin historia.

Como se ha expresado aquí, no hay en la propuesta sociocultural un lugar para todas las presencias. Sin embargo, a manera de regulación, la propuesta ofrece alternativas de consumo como opción de permanencia. Nadie se forja solo, se talla solo; nadie se hace adicto solo, como una decisión autónoma exenta de complicidades. Es en el concurso del contexto, en la cotidianidad de la existencia y en la participación en las dinámicas socioculturales, “mientras le buscamos la comba al palo”, cuando se arman rutinas de vida contra la vida misma. Estamos allí, hechos de la juntura con los otros, como lo expresa Octavio Paz en su poema *Piedra de sol*:

[...] nunca la vida es nuestra, es de los otros,
la vida no es de nadie, todos somos
la vida —pan de sol para los otros,
los otros todos que nosotros somos—,
soy otro cuando soy, los actos míos
son más míos si son también de todos,
para que se pueda ser he de ser otro,
salir de mí, buscarme entre los otros,
los otros que no son si yo no existo,
los otros que me dan plena existencia,
no soy, no hay yo, siempre somos nosotros [...]

Los consumos son muchos, la sociedad es de consumo, el capitalismo es consumismo, el cuerpo es un gran objeto de consumo. Es el consumo el gran soporte del sistema y no obstante, no todos los consumos ocupan el mismo lugar moral en ese sistema. Hay, en todo

esto, un interjuego fatal: ofrecimientos, estímulos, prohibiciones —la forma más efectiva de seducción—, castigos y señalamientos.

Los consumidores son necesarios mientras produzcan para seguir consumiendo. En el momento en que ya no puedan hacerlo, serán “idesechables!”. Con este adjetivo fatal, con frecuencia usado en Colombia, se califica a quien se desmarcó del sistema por la vía de los consumos proscritos. Pero ¿qué se desecha? Aquello que ya no resulta útil. El consumidor deja de ser sujeto y pasa a ser objeto, desposeído de toda humanidad, de toda historia y de toda voluntad.

El miedo, la vergüenza y la repugnancia son las emociones que funcionan como látigo para alejarnos del contagiado: miedo ante la posibilidad real y contundente de llegar a ser eso que nos pueda expulsar; vergüenza de ese otro que fue nuestro y que descató el mandato social, y repulsión por la evidencia de eso que también somos. De manera muy significativa, miedo, vergüenza y repulsión ante ese ser arrojado que muestra la condición efímera del ser humano, que desnuda la conciencia de muerte que queremos evitar y que exhibe la vulnerabilidad de un mundo que promete eternidad.

¿Quién es, pues, un adicto? Es la nota por fuera del pentagrama que anuncia que no hay un mundo feliz, que el mecanismo puede ser alterado. Es alguien expuesto en su deseo, en sus secretos y en sus búsquedas. Es un ser que, expulsado del proyecto sociocultural, se debate en el encubrimiento de algunas emociones mediante otras más llevaderas. El adicto es ese que también somos.

Para terminar, vale la pena detenerse en la alternativa plasmada en el capítulo de Elba Noemí Gómez Gómez, Casimiro Arce Arriaga y Frida de la Paz Avila, la cual se asienta en la literatura de Alcohólicos Anónimos —información facilitada a través de una entrevista a Antonio Urueta. Urueta afirma que por medio de la literatura de Alcohólicos Anónimos se estimula la reflexión permanente de los miembros de ese grupo y se difunden y fomentan sus ideales. La literatura es un medio terapéutico y espiritual que busca dar a conocer su mensaje de esperanza, sobriedad y bienestar.

Invito pues, a una lectura comprometida del libro que aquí nos convoca, la cual nos permitirá ampliar la mirada y reconocer el universo complejo que rodea las experiencias humanas; se requieren diversos saberes, muchas conversaciones, mucha escucha y muchísimos ojos para vislumbrar otros mundos también posibles.

Introducción

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
DULCE MARÍA VALENCIA VEGA
FRIDA DE LA PAZ AVILA

El fenómeno de las adicciones trasciende el consumo de sustancias, y comprende una amplia gama de prácticas denominadas como “autodestructivas”. La adicción se presenta bajo diversas formas de dependencia que tienen como común denominador la disminución de la autonomía, las fracturas emocionales y la ruptura de los principales vínculos de quien vive el problema. Las adicciones son un fenómeno de larga data cuyas consecuencias en la actualidad (2024) se asocian con la ruptura del tejido social. Lo cual demanda un cambio en la mirada sobre la problemática que apunte a un acercamiento desde la complejidad y la interdisciplinariedad.

Diversos actores de la sociedad han realizado esfuerzos para comprender el fenómeno de las adicciones con el objetivo de proponer e implementar estrategias de atención y prevención. Han proliferado alternativas psicoterapéuticas y terapéuticas en el tratamiento de las adicciones, así como acciones gubernamentales y estrategias por parte de la sociedad civil. No obstante, todas estas iniciativas se han presentado como esfuerzos aislados y han sido insuficientes frente al aumento vertiginoso de esta problemática.

Este tomo pretende ofrecer una mirada amplia, compleja y documentada a partir de la construcción de un estado del arte sobre el tema de las adicciones, las emociones, la capacidad de agencia, la prevención y las propuestas terapéuticas y psicoterapéuticas para el tratamiento de las adicciones. Se ofrece una perspectiva interdisciplinar con énfasis en el sujeto adicto sin perder de vista el entorno social y cultural que abona a la problemática, como un tejido en red entre actor y estructura.

Los trabajos que componen este tomo forman parte de la investigación: “El desarrollo de la capacidad de agencia y la reconfiguración emocional en adictos en proceso de ‘rehabilitación’. Hacia una propuesta de prevención”, proyecto financiado por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) en el que participan académicas y académicos de distintas disciplinas, así como investigadores en formación, profesionales del campo de la psicoterapia y actores de la sociedad civil y del sector público que participan en proyectos de atención y prevención de las adicciones.

La propuesta editorial que presentamos está dirigida a la comunidad académica, a los profesionales, a trabajadores del sector público y a los actores de la sociedad civil que se encuentran inmersos en el trabajo con las adicciones, con el propósito de ofrecer algunas reflexiones y aportes desde un estado del arte que sirva como material de consulta.

Estas reflexiones y aportes se sustentan tanto en publicaciones indexadas como en materiales de divulgación, puesto que se encontró una extensa producción de conocimiento elaborado por la sociedad civil y presentado en páginas de Internet, textos reflexivos de trabajos clínicos en revistas que no están indexadas, crónicas, reportajes, testimonios de adictos

y familiares, *blogs* y entradas en redes sociales. Además, recupera bibliografía relacionada con Alcohólicos Anónimos, una organización no gubernamental con más de 80 años de existencia, y con una amplia experiencia en el entendimiento y tratamiento de las adicciones.

Esta iniciativa busca hacer confluir los conocimientos generados desde la academia con los saberes de la sociedad civil que muchas veces no han sido legitimados por la *doxa* académica. En un primer acercamiento al tema de la investigación, identificamos que hay un desencuentro entre investigadores, profesionales de la salud que atienden e investigan el problema de las adicciones, y personas de la sociedad civil que acumulan experiencia en el entendimiento de lo que es un adicto y en sus estrategias de rehabilitación.

Para cada capítulo se revisaron entre 50 y 70 fuentes de información. Si bien es cierto que recuperamos textos muy diversos entre sí, el trabajo que precede este producto editorial ha sido riguroso, arduo y sistemático.

Las reflexiones presentadas tienen la finalidad de favorecer un diálogo transversal entre autores. En los distintos capítulos existen elementos de fuerte reflexividad en donde, además de exponer de forma ordenada lo discutido sobre el tema, se ofrece una interpretación sopesada de los alcances, limitaciones, la riqueza y los retos que presenta el desarrollo del conocimiento en el campo de las adicciones, el adicto, su agencia, sus emociones, las principales terapias y psicoterapias, y la prevención.

Además del tono de reflexividad, los textos tienen un tono informativo con mirada amplia. Se encontrará en varios de los apartados un compendio de definiciones sobre temáticas centrales, por ejemplo: qué es el consumo de drogas y las adicciones; qué es la capacidad de agencia y su relación con las adicciones y la rehabilitación; diversos acercamientos teórico-epistémicos en torno a las emociones; los principales modelos en materia de prevención de adicciones; y las diversas propuestas de terapias y psicoterapias para su tratamiento.

Algunas secciones muestran recorridos históricos sobre los principales temas abordados, por ejemplo, el cambio que ha sufrido la noción de adicto, adicciones, familia, entre otros. De igual forma, se exponen perspectivas teóricas desde las cuales se han comprendido temas como la agencia, las emociones, y la prevención. Cada apartado de los tomos de esta serie completa y se complementa con los otros, para mostrar un panorama amplio en torno a las adicciones, el adicto, la prevención y la rehabilitación.

El primer capítulo de este tomo, titulado: “El complejo mundo de las adicciones”, hace un recorrido por las distintas miradas y dimensiones que integran este fenómeno. Destacan los abordajes desde la psicología, las neurociencias, la sociología y la filosofía, así como desde la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil y de grupos de autoayuda que atienden la problemática. Se identifica que se ha posicionado como categoría diagnóstica a las “nuevas adicciones”, también llamadas adicciones comportamentales que, sumadas al consumo problemático de sustancias, han venido a engrosar la problemática de salud pública que enfrentan gobiernos, comunidades, familias e individuos. En el texto se muestra la multidimensionalidad del mundo de las adicciones. Las distintas miradas, enfoques, voces y actores que construyen las comprensiones acerca del fenómeno adictivo requieren integrarse y dialogar para poder dar cuenta del complejo mundo de las adicciones.

A continuación, se presenta el capítulo “Adicciones. Agencias en resistencia”, en donde se da cuenta de los diversos acercamientos relacionados con la capacidad de agencia en el contexto de las adicciones. El texto se enfoca en la manera en que distintos campos de conocimiento, autores y trabajos de investigación conciben al sujeto adicto y qué tanto le otorgan un lugar de actor o de ente pasivo. Se muestra que la capacidad de agencia suele estar

oculta detrás de la preocupación por el consumo, la dependencia, la pérdida de control, la autodestrucción, el deterioro psico-corporal y la fractura en la vida social. Se concluye que es necesario un acercamiento al sujeto adicto considerándole como un actor protagónico de su vida; lo que lo constituye en un punto de partida y de llegada para proponer estrategias de tratamiento al problema de las adicciones que favorezcan que la persona adicta se posicione de manera digna en el mundo, sin negar lo significativa que fue su época de consumo.

Enseguida, nos encontramos con el capítulo “Las emociones y la adicción. Una trama en la vida”, en el que se aborda el entretejido que conforman las emociones y las adicciones. En este escrito se argumenta que el estudio de las emociones es complejo, polifacético, y en no pocos casos, dificultoso y enmarañado, lo que más que ser un problema denota la riqueza del campo de las adicciones. La emocionalidad, como constitutiva del ser humano, no puede dejarse de lado en la adicción. Se afirma que en el impulso, sostenimiento, sobriedad y recaída, las emociones juegan un papel central. Toda adicción emerge y convoca ciertos estados emocionales, sea para emocionarse o para el adormecimiento emocional, y las drogas se constituyen como reguladores emocionales para el adicto. Para colocar al sujeto como el eje y no a la sustancia, el consumo o las circunstancias que lo rodean, es de capital importancia identificar la utilidad emocional que representa el adictivo en la lucha por la sobrevivencia, en los esfuerzos del adicto para encontrar vida.

Sobre el tema de la prevención, contamos con el capítulo “La prevención en el campo de las adicciones: escenarios imaginados”. En este trabajo se busca generar una aproximación general al campo de la prevención de adicciones, identificando las temáticas más recurrentes, los avances a nivel teórico y aplicado, así como los principales retos. La prevención es abordada desde el ámbito público (documentos de gobierno a nivel nacional, estatal o municipal), organismos privados, asociaciones civiles y el ámbito académico. Se hace un llamado a pensar desde la lógica de la complejidad, de la colaboración y de la interrelación de diversos actores y organismos que componen el entramado social y son agentes claves para buscar soluciones y alternativas al fenómeno de las adicciones. La prevención convoca a imaginar escenarios distintos, a poner la atención en aquellos elementos y factores que favorecen u obstaculizan la aparición del problema; es una invitación a adelantarnos a la adicción, a trabajar en la generación de condiciones sociales y personales que procuren el desarrollo y el bienestar de los individuos y las comunidades de forma que podamos contrarrestar la destrucción que una vida sometida a las adicciones trae consigo.

El siguiente capítulo se titula: “Terapias, psicoterapias y adicciones. Una mirada interdisciplinar”. En este apartado se muestra un panorama general de los tratamientos utilizados por distintas instancias y profesionales que atienden a personas con problema de adicción. Destaca que la diversificación de tratamientos responde a la necesidad de brindar una atención de acuerdo con las necesidades de las personas, así como ofrecer un tratamiento integral orientado a mejorar la calidad de vida. Esta diversificación implica que los tratamientos provenientes en gran medida del área de la salud, no se centran únicamente en la persona en rehabilitación, sino que también consideran sus relaciones interpersonales y su contexto. El texto aborda un proceso que demanda una colaboración multidisciplinaria, en la cual destacan la psicoterapia y las terapias alternativas. Estas disciplinas se enfocan en atender la desintoxicación, reducir las recaídas y proporcionar seguimiento y apoyo tanto a las familias como a la comunidad, entre otros aspectos. Al considerar a las adicciones como un problema de salud pública, se abre un área de oportunidad para la integración de otras disciplinas, así como el diseño, implementación y acompañamiento de tratamientos con una colaboración

tripartita que integre instituciones públicas y privadas, gobierno y sociedad civil para dar respuesta a un problema que se agudiza y complejiza cada vez más.

Finalmente se presenta “La sabiduría de la esperanza: Alcohólicos Anónimos”. En él, se realiza una breve descripción de los antecedentes históricos de Alcohólicos Anónimos (AA), así como los principales fundamentos del programa de los Doce Pasos y las características de la terapéutica empleada dentro de los grupos de autoayuda y ayuda mutua de esta organización. Asimismo, se hace énfasis en el aporte que la literatura producida por los miembros de AA ha representado para la atención y tratamiento de las adicciones tanto en México como en el mundo. En este afán, se presentan reseñas de los libros más relevantes de AA, generadas con base en una entrevista realizada a Antonio Urueta, miembro de AA desde hace más de 40 años y especialista en el estudio de la literatura de AA. Este escrito tiene como principal objetivo describir la trascendencia de la literatura como recurso y herramienta de tratamiento tanto para la comunidad, como para todo profesional y académico que trabaje e investigue en el campo de las adicciones y la rehabilitación. La literatura de AA es consecuencia de más de 80 años de conocimiento alrededor de las adicciones, y refleja un entendimiento a profundidad sobre la enfermedad y las características del alcohólico; además de dejar por escrito una propuesta de tratamiento que forma parte de la multiplicidad de enfoques en los que se ha abordado la adicción, y que ha impactado en la vida de miles de adictos en recuperación, desde un mensaje de esperanza, sobriedad y bienestar.

“Las adicciones, los adictos y el proceso de recuperación” es el epílogo que cierra la serie de tres tomos. En este texto se propone hacer una reflexión en torno a quién es un adicto, qué son las adicciones y cuáles son las distintas etapas en el proceso de rehabilitación dentro de una comunidad terapéutica. Un adicto es un ser humano extraviado que busca la vida, y en su lugar, se encuentra con las drogas. Una vez que el adicto desarrolla la adicción, toda su capacidad creativa y toda su fuerza se abocan a la destrucción y la obscuridad; se pierde en un laberinto emocional que lo mantiene en un estado de permanente peligro para sí mismo y para otros. En este epílogo, se plantea que el adicto es una persona “hipersensible”, eso significa que siente, ve, escucha y manifiesta cosas de manera exagerada, y esta forma de ser es una fuente constante de sufrimiento. La relación intrincada entre el contexto social, la familia, la gestación, la condición de la hipersensibilidad y los conflictos no resueltos desde la infancia resaltan el vacío espiritual y la inagotable búsqueda por encontrar un escape ante una realidad confusa, cambiante e insatisfactoria. El proceso de rehabilitación mediante la práctica de principios espirituales y el involucramiento en el grupo de autoayuda, en el servicio y en el apadrinamiento, se propone como el rescate ante el sufrimiento, y la esperanza de encontrar un sentido de vida y una vocación.

El complejo mundo de las adicciones

DULCE MARÍA VALENCIA VEGA

La adicción es tal vez una enfermedad del espíritu.

OSAMU DAZAI

El mundo de las adicciones es complejo, difícil de captar, de aprehender y de comprender; por lo tanto, ha sido abordado desde distintas miradas, enfoques, voces y actores. Este capítulo tiene como propósito recuperar algunas de aquellas miradas. Para ello, se da cuenta de la revisión de diversos textos pertenecientes a revistas especializadas, libros, tesis e información publicada en páginas web que parten de diferentes disciplinas, dentro de las cuales destacan la psicología, las neurociencias, la sociología y la filosofía. Además, se ofrece una revisión sobre las “nuevas adicciones”, también llamadas adicciones comportamentales, que han emergido en los últimos años, y que, sumadas a las toxicomanías, han venido a engrosar esta problemática en salud pública, que gobiernos, comunidades, familias e individuos enfrentan.

En 2009, la cifra estimada de 210 millones de consumidores de sustancias representaba 4.8% de la población mundial de 15 a 64 años; casi una década después, esa cifra aumentó a 269 millones, o 5.3% de la población. En particular, es posible observar cómo desde el inicio del milenio el consumo de drogas ha aumentado con mayor rapidez en los países en desarrollo que en los países desarrollados, lo que obedece en parte a las diferencias en el crecimiento demográfico general en ese mismo período —7% en los países desarrollados y 28% en los países en desarrollo—, pero también al crecimiento exponencial de la población joven en los países en desarrollo, que aumentó 16% en el periodo 2000–2018. En efecto, los adolescentes y los adultos jóvenes representan la mayor proporción de las personas que consumen drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020).

El panorama actual nos presenta un creciente consenso social en la normalización de conductas adictivas y sus variadas formas de adicción —juego, sexo, tecnología, etcétera—, las cuales, convertidas ya en estilos de vida, van siendo adoptadas con más rapidez, desde edades más tempranas, para instalarse como modos culturales de convivencia. Estas llamadas nuevas adicciones se suman a aquellas que están relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Es claro que en México y en el mundo, la problemática de las adicciones ha rebasado con creces, y dañado, con severidad, el tejido social. Recientemente se ha planteado el debate del problema de las adicciones dentro de la esfera del crimen, violencia y los derechos humanos, con el objetivo de resolver la violencia y la criminalización relacionadas con el narcotráfico y el consumo de sustancias ilegales. Sin embargo, las soluciones no han logrado ser definitivas y tampoco han podido frenar el crecimiento y diversificación del problema. La violencia y el dolor que ocurre en la esfera privada, personal, familiar y comunitaria, derivada del consumo de sustancias adictivas, no logra ser aún atendida en tiempo y forma. Lo mismo ocurre con las adicciones comportamentales, que apenas comienzan a ser reconocidas.

La exaltación del uso recreativo de las sustancias, del placer derivado del consumo compulsivo, de la inmediatez, de la accesibilidad y del énfasis en la minimización de los riesgos, coloca en franca vulnerabilidad a niños, jóvenes y mujeres, quienes han aumentado de manera sustancial la demanda de servicios para el tratamiento y atención en adicciones. Así se ven pasar vidas perdidas, juventudes lastimadas y sociedades cómplices de la agresiva mercadotecnia que impulsa un consumo desmedido e inmediato que promete una felicidad efímera, a pesar de su alto costo a corto y largo plazo.

Las adicciones son un fenómeno con características constitutivas, diversas, multifacéticas y multidimensionales. En la pretensión de entender y explicar este fenómeno se han desarrollado diversos acercamientos y perspectivas, tanto desde lo institucional y académico, como desde fuentes líricas y cotidianas. Es importante que el trabajo de entendimiento e investigación del tema de las adicciones sea desde la complejidad que representa, y aunque se parta de una perspectiva, que no se descarten las otras sino que se contemplan y entretejan. El interés de llegar a una comprensión amplia y multidimensional sobre las adicciones nos ha llevado a indagar en el tema, no solo en la superficie sino también en aquellos recovecos donde se marcan las diferencias, características y novedades que aportan a la problemática.

El documento está organizado de la siguiente manera: se apertura con una pequeña introducción; enseguida se expone el desarrollo del concepto de adicción hasta llegar a la exploración, definición y categorización de las nuevas adicciones. Continúa con un apartado que revisa las principales definiciones en torno al proceso adictivo, para luego explorar los marcos teóricos de las distintas perspectivas de comprensión sobre las adicciones desde los enfoques biomédico, biopsicosocial, sociocultural y espiritual. Al final, se exponen algunas conclusiones.

RECUESTO DOCUMENTAL

Se consultaron 44 textos realizados entre 2001 y 2020, que comprenden ensayos, investigaciones y artículos que hacen referencia al fenómeno de las adicciones. Se obtuvieron a través de bases de datos electrónicas de revistas indexadas como Dialnet, Redalyc y Scielo. Se consultaron principalmente artículos científicos, seguidos, en menor medida, por artículos académicos, artículos electrónicos, artículos de divulgación e informes oficiales publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

En los textos consultados se nota una mayor inclinación por la metodología analítica-descriptiva sobre la cualitativa, ya que es común que en los trabajos científicos se haga uso de herramientas metodológicas que buscan dar razón de cifras y datos para comprender el movimiento y evolución del fenómeno del consumo de sustancias y adicciones.

Los textos varían entre aquellos que hablan sobre las adicciones, sus consecuencias y posibles causas, los tipos de consumo, las implicaciones socioculturales, perspectivas y distintos modelos teóricos. Y algunos que arrojan cifras oficiales sobre la cantidad y tipo de consumidores, así como sobre los tipos de sustancias, sus características, consecuencias y frecuencias de consumo. Los temas que se abordaron dependen en gran medida de la disciplina desde donde se elabora el conocimiento.

Aunque los textos revisados provienen de diferentes disciplinas que dan cuenta de la complejidad del objeto de estudio, la psicología es aquella que mayor producción muestra, seguida por la psiquiatría y las ciencias sociales. Tanto la psiquiatría como la psicología,

por lo general, se centran en describir los elementos psíquicos, de la personalidad, identidad, afectividad y comportamientos de los sujetos que pueden desarrollar una adicción; así como los factores psicosociales, tales como la sociabilidad, permisividad, tolerancia social y percepción de riesgos. Las ciencias sociales, por su parte, contemplan en su mayoría los factores del contexto, así como elementos culturales que pueden llegar a influir en el consumo de sustancias.

En cuanto al origen de los artículos, resulta notable que si bien las adicciones son una problemática mundial, la producción de información de cada país se ve marcada por especificaciones de los contextos. Por ejemplo, México y Colombia, con su experiencia compartida con el narcotráfico. De igual forma, el aumento en la tendencia de producción de conocimiento sobre las adicciones en Latinoamérica refleja cómo en los últimos años estas regiones, además de tener un rol de producción y distribución, han demostrado un incremento en el consumo de sus habitantes.

El fenómeno de las adicciones exhorta a una mirada desde la complejidad. Es necesario que su comprensión no se limite a la dinámica de consumo de sustancias o a la criminalización y patologización de los sujetos consumidores. Por ello este texto pretende hacer uso de los trabajos que se consideraron más significativos, para ir tejiendo desde las diferentes miradas y dimensiones las diversas aristas que conforman este fenómeno multifactorial y complejo.

¿QUÉ SON LAS ADICCIONES?

Es necesario comenzar por definir lo que refiere la palabra “adicción”. Según José Moral (2006), “el término adicción procede de la palabra latina ‘addicere’ que se refiere a una forma de pago de deudas, presente en el derecho civil romano, por medio de la cual el deudor insolvente quedaba como esclavo del acreedor” (p.3). Desde su etimología, el término de adicción puede considerarse como el desarrollo de la esclavitud por una deuda no saldada por un bien recibido.

De forma inicial, el vocablo se usó entre los gremios de medicina. Moral (2006) expone que desde los siglos XVIII y XIX, “los médicos emplearon el término adicción para referirse a la pérdida de control en el uso de sustancias psicoactivas, ya sea alcohol o drogas” (p.3). Lo cual podría considerarse como un precedente en el desarrollo de su descripción como una enfermedad.

En la actualidad, la Real Academia Española define a la adicción como “dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico”, o también como “afición extrema hacia algo o alguien”. Mientras que el *Oxford Learners Dictionary*, la concibe como “la condición de ser incapaz de detener el hábito de usar o hacer algo, especialmente algo dañino”. En ambas definiciones, se describe el uso repetitivo, incontrolable y dependiente de sustancias o actividades, a pesar de los daños que ello genere.

Ahora bien, es necesario precisar que también se ha optado por sustituir el concepto de adicción por el de dependencia. En 1964, un grupo de expertos de la OMS propuso tal cambio semántico, y es así como:

Desde la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) (OMS, 1977) y la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastorno mentales y del Comportamiento (DSM-III) (APA, 1980) se viene distinguiendo dentro del patrón

disfuncional de consumo de sustancia, dos niveles con relevancia clínica, el abuso y la dependencia (Moral, 2006, p.3).

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos (National Institute on Drug Abuse) (NIDA) mantiene el término de adicción, y la define a partir del entendimiento de sus distintas facetas y gravedad:

La adicción se define como un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda compulsiva de drogas, el uso continuado a pesar de las consecuencias dañinas y los cambios duraderos en el cerebro. Se considera un trastorno cerebral complejo y una enfermedad mental. La adicción es la forma más grave de un espectro completo de trastornos por consumo de sustancias, y es una enfermedad médica causada por el uso indebido repetido de una sustancia o sustancias (NIDA, 2018, s.p.).

La incorporación de las adicciones como una enfermedad trajo un gran avance desde la perspectiva biomédica, sin embargo existen posturas que contemplan factores neuro-físicos y psicosociales, en la definición de adicción.

Ejemplo de ello es Cruz (1998, citado en Martínez, Gómez & Ortega, 2005), quien concibe a la adicción como una enfermedad primaria, crónica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen para su desarrollo y sus manifestaciones. La enfermedad es, con frecuencia, progresiva y fatal. Se caracteriza por episodios continuos o periódicos de descontrol sobre el uso, a pesar de consecuencias adversas y distorsiones del pensamiento, como la negación.

En contraposición a la noción de la adicción como enfermedad, algunos autores señalan que la adicción es un hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales (Guber, 2015, p.4). Otras aproximaciones hacen énfasis en el contenido relacional y significativo que hay entre la actividad y / o sustancia, con la o el sujeto involucrado, por ejemplo, en el portal de Internet de MentalHelp.net, la adicción se define como “un repetido involucramiento con una sustancia o actividad a pesar del daño que esto causa, porque este involucramiento fue y continúa siendo placentero o valioso” (Lautieri, 2019).

La adicción también es definida como un proceso. No surge de manera repentina sino que presenta diferentes etapas en su desarrollo, un *continuum* desde que se inicia el consumo, hasta que se desarrollan consecuencias graves. Según lo resumen Arnold M. Washton y Donna Boundy (1991), existen 5 etapas en las cuales las personas comunes caen en la adicción, estas son las siguientes:

Etapa 1. Enamoramiento. Nuestras primeras experiencias con una droga o actividad nos dejan una marca grabada [...] si nos produjeron un efecto agradable.

Etapa 2: La luna de miel. Sometidos a tensiones, nos volcamos hacia esa recordada experiencia en busca de consuelo o alivio. Obtenemos solo sus efectos positivos y suponemos que estos serán duraderos.

Etapa 3: Traición. La droga o actividad que tan buen servicio nos ha prestado se vuelve en nuestra contra. Ya no nos “eleva”.

Etapa 4: En la ruina. Desatendiendo los indicios cada vez mayores de los efectos negativos de la droga o la actividad, tratamos de recuperar la luna de miel incrementando nuestro compromiso con ella.

Etapa 5: Apresados. Ahora, cuanto más nos debatimos por romper la adicción a través de la fuerza de voluntad únicamente, más caemos en sus garras (Washton & Boundy, 1991, p. 51-52).

Cabe mencionar que en la actualidad no solo el entendimiento de la problemática ha avanzado sino que el fenómeno de las adicciones en sí se ha transformado. Aunque el término, de forma clásica, se refería a la dependencia de sustancias, hoy en día se afirma que “el elemento fundamental en cualquier trastorno adictivo es la falta de control y que existen hábitos de conducta que en determinadas circunstancias pueden llegar a ser adictivos, generando alteraciones graves del comportamiento y un síndrome de abstinencia” (Márquez & de la Vega, 2015, p. 2385).

El entendimiento y manifestación de las adicciones, ha superado a las sustancias como objeto principal en el desarrollo de una conducta adictiva. Aunque el consumo de sustancias sigue siendo una de las manifestaciones más comunes de la adicción, esta puede existir aun sin un consumo de sustancias de por medio. Al respecto, José Luis Cañas (2013) propone comprender a la adicción como “cualquier droga o conducta que hace a la persona esclava de sí misma en su cuerpo, en su mente o en su espíritu. Lo cual equivale a decir que la esencia de cualquier adicción está en esclavizar al ser humano” (Cañas, 2013, p.103).

En suma, las definiciones de adicción recuperan que esta es crónica, recurrente, progresiva y con diferentes etapas de desarrollo. Además, hacen énfasis en la pérdida de control, que se refiere a la incapacidad tanto de cese como de regulación de la conducta adictiva; la cual se mantiene a pesar de sus consecuencias nocivas. La adicción trasciende el terreno de las sustancias y se formaliza en una entidad muy similar a la esclavitud, en donde el esclavo construye su propia prisión sin poder detenerse.

Adicciones comportamentales

En la actualidad, el término de adicción no se limita al consumo de sustancias sino a un amplio espectro que viene a darle pluralidad al mundo adictivo, y que ha recibido el nombre de “psicopatologías de la posmodernidad”. Ricardo Vacca (2005) expone que además de las dependencias a las sustancias químicas, existen conductas que se asemejan a estas sin estar mediadas por el uso de sustancias psicoactivas. Según el autor, a estas conductas se les ha denominado “adicciones no convencionales”, “adicciones atípicas”, “dependencias no tradicionales” o “conductas adictivas”, aunque también se les conoce bajo el nombre de adicciones sociales y / o adicciones comportamentales. Para Didia (citado en Hernanz, 2015), la adicción comportamental, “en principio puede ser placentera o útil para la vida de una persona, pero luego se convierte en algo dañino para el individuo. Aún consciente de esta cualidad, no puede abandonarla y pierde de esta manera la capacidad de elegir y controlar su conducta” (p.310).

Estas adicciones tienen poco de ser identificadas para su estudio. Efectivamente, no es sino hasta años más recientes que en el campo de las adicciones, se ha ampliado la nomenclatura y la definición a las “nuevas” adicciones, abriendo el abanico hacia otro tipo de dependencia no ligada a las sustancias.

Es importante señalar que a lo largo de la historia, y dependiendo de la época y el contexto, se han tenido objetos que han sido en especial deseados y buscados para satisfacer la necesidad de completud o para calmar diferentes angustias. Para sosegar al sujeto que

siente que algo le falta, o bien, ayudar en la evitación de aquello que le incomoda en demasía (Hernanz, 2015, p.310). En la actualidad, aquellos objetos han adquirido la forma del celular o las redes sociales, así como de actividades como el ejercicio, el trabajo, el sexo, las compras, etcétera. Con todo, resalta cómo forman parte de la cotidianidad, además de que algunos gozan de la aprobación social.

Se requiere abrir el abanico de comprensión hacia el fenómeno de las adicciones, no como un problema de drogodependencia sino de conductas adictivas de todo tipo y que tienen profundas implicaciones antropológicas y culturales. En los últimos años, el consumo se ha convertido “en el motor principal de nuestra vida, aparece como organizador y regulador social, sentando las bases para una cultura adictógena, que no se limita a lo que tradicionalmente se denomina droga” (Gómez, 2013, p.78).

Ejemplo de ello es la adicción al sexo, la cual se caracteriza, según Enrique Echeburúa (2012), por las fantasías sexuales y pensamientos eróticos que se convierten en la válvula de escape de los problemas laborales, las relaciones rotas, la baja autoestima o la insatisfacción personal. También se encuentra la adicción al ejercicio o vigorexia, que se diferencia de las prácticas de ejercicio “que, aun suponiendo frecuencias y duraciones relativamente elevadas, no impliquen riesgos para la salud ni supongan una conducta adictiva” (Márquez & de la Vega, 2015, p.2386).

Como es posible observar, no es el objeto o la conducta por sí mismos sino el tipo de relación que se establece con ellos lo que indica la existencia de una adicción. Por lo general, las conductas adictivas se pueden contemplar en términos de cuánto espacio absorben de la vida del sujeto. Por ejemplo, la adicción al trabajo se define por “un desorden obsesivo compulsivo que se manifiesta por la autoexigencia o auto imposición a las demandas [...] dos puntos distintivos en ella: la incapacidad para regularla, y una atención excesiva que excluye el resto de la vida” (Quiceno & Vinaccia, 2007, p.137).

En las adicciones comportamentales, está presente el debate de en qué momento una conducta de la vida cotidiana pasa a ser considerada como una adicción. Al respecto, Vacca (2005) menciona que para que la ludopatía sea considerada como una conducta adictiva “se requiere de una evolución clínica, la cual transcurre como cualquier adicción” (p.81).

Es importante señalar que también hay posicionamientos que señalan a las adicciones antes mencionadas como “supuestas patologías” que no deberían ser consideradas como parte de las drogodependencias sino como problemas de conducta o educación; lo cual implicaría un tratamiento y abordaje distinto (Caudevilla, 2007).

No obstante, a pesar de sus diferencias de objeto, las nuevas adicciones comparten un espacio común con las drogodependencias, puesto que al igual que ellas, involucran un desorden obsesivo compulsivo, de dependencia, de incapacidad de control y el autoengaño, que genera consecuencias negativas en la cotidianidad y entorno del sujeto. Además, si bien hemos dicho que estas adicciones comportamentales no involucran el consumo de sustancias, lo cierto es que pueden coexistir o sustituirse entre sí.

Tal y como se vio dictaminado dentro de la discusión del Informe Mundial de las Drogas 2016, proveniente de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016),

Se propone comprender a este tipo de adicciones bajo las siguientes características:

- El desarrollo de una relación anormal con el objeto adictivo, de apetencia excesiva e incontrolable.
- Realización del acto impulsional en búsqueda de la recompensa.

- Logro de recompensa negativa (reacción personal placentera) y una positiva (autorrealización) más liberación de dopamina.
- Repetición de la conducta impulsional separada por intervalos irregulares y no prolongados.
- Acumulación de efectos negativos a nivel físico, mental y social del sujeto y su entorno.

En la tabla 1.1 se presenta una lista de las adicciones comportamentales más conocidas.

La onicofagia, la cleptomanía, la piromanía y la pica se pueden llegar a considerar como adicciones dado su carácter compulsivo. Sin embargo, la clasificación médico-psiquiátrica, al no reconocer la dimensión adictiva de las mismas, niega la subordinación de la vida de las personas hacia estas conductas y la complejidad inherente al estilo de vida de la o el adicto. Al respecto, Milkman (citado en Young, 2017) afirma que “la gente puede volverse adicta a la bebida, a los coches, al dinero, al sexo, a las calorías, a la cocaína..., a cualquier cosa”. Lo cual es un elemento inherente a los estilos de vida sociales modernos.

Otro tipo de comportamiento adictivo que puede desarrollar un sujeto y que tampoco ha sido reconocido como tal, es la codependencia. Este término fue usado por primera vez en 1979, sin embargo carece de reconocimiento institucional. Si bien la palabra como tal no está en el *Diccionario de la Real Academia Española*, el *Merriam-Webster Dictionary* sí la incluye, definiéndola como “condición psicológica o relación en la que una persona es controlada o manipulada por otra persona que se ve afectada con una condición patológica (como la adicción al alcohol o la heroína)”.

Cabe mencionar que mucha de la literatura de autoayuda y superación personal alude a este concepto, construido en el trabajo con familiares de personas con adicción. “No solo el adicto sufre su enfermedad, sino que —como expansión— los familiares padecen también de una enfermedad asociada: la codependencia. De manera muy simple, podemos citar que la codependencia es una enfermedad que adquieren las personas por su convivencia con un adicto activo” (Valverde & Pochet, 2003, s.p.).

La convivencia cercana y afectiva con una persona adicta puede desarrollar en las personas que están en su entorno una codependencia, en la cual reproducen comportamientos similares a los de la persona adicta. De esta forma, su dependencia no es a una sustancia sino a su familiar.

Estas nuevas adicciones representan antecedentes, características y riesgos similares a las personas adictas a las sustancias, pero tienden a invisibilizarse, ya que como lo apunta Echeburúa (2012), “no se nota ni en la cara ni en el exterior de la persona ni queda reflejada en los análisis de sangre u orina” (p.282). Lo cual vuelve más complicado tanto su detección y tratamiento, como la prevención.

EL MUNDO DE LAS DEFINICIONES

Para adentrarse en el entendimiento del mundo de las adicciones, es necesario introducirse a las definiciones de los conceptos utilizados con frecuencia en el análisis de esta problemática. Sin más preámbulo, empecemos por definir qué es la droga.

Para Jorge Vélez Vega (2014), el concepto de droga es extraordinario, puesto que en él:

TABLA 1.1 CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Nombre de la adicción	Objeto de consumo	Clasificación
Ludopatía o juego patológico	El juego con apuesta	Reconocida por la OMS.
Ortorexia	La comida sana	Sin clasificación oficial.
Videojuegos o trastorno del juego (<i>gaming</i>)	Los videojuegos	Reconocida por la OMS (2019) como Trastorno del juego.
Ciberadicción	El Internet, redes sociales	En 2012, el comité de revisión del DSM v no la incluyó en su clasificación.
Cibersexo	El sexo y pornografía en línea	Se diferencia de la clasificación de la adicción al sexo, y aún no se reconoce como adicción.
Oniomanía	Las compras	Sin clasificación oficial.
Tanorexia	El bronceado	Sin clasificación oficial.
Vigorexia	El ejercicio	Sin clasificación oficial.
Trabajólico (<i>Workaholism</i>)	El trabajo	Sin clasificación oficial.
Fagoadicción	La comida	Sin clasificación oficial.
Cleptomanía	Los robos	Reconocida por la OMS, pero no como adicción.
Onicofagia	El arrancarse y comer cabello	Reconocida por la OMS como trastorno, pero no clasificada adicción.
Piromanía	El fuego	Reconocida por la OMS como trastorno, pero no clasificada adicción.
Pica	El comer sustancias que no son alimentos	Reconocida por la OMS, pero no clasificada adicción.
Codependencia	Las personas	Usado por primera vez en 1979, aún no reconocido oficialmente en las clasificaciones de trastornos mentales.

Se puede observar cómo no existe un esencialismo que determine la naturaleza de las cosas, más bien podemos corroborar cómo los ritmos de la historia del hombre lo han ido determinando. No solo por las concepciones y definiciones que una y otra cultura hayan hecho de las diferentes sustancias, sino desde la relación que el hombre ha tenido con ellas (p.2).

La droga va más allá de su composición química, y su definición ha de comprender su significación y la relación establecida entre ella y los sujetos de una sociedad determinada. Vélez (2014) desarrolla que “el concepto, y por tanto el fenómeno, se ha fijado en el terreno de lo bueno y lo malo, de lo legítimo y de lo prohibido, y esto último desde su orden más estricto y punitivo” (p.2). Llevando así la comprensión del concepto de droga al terreno moral y jurídico.

Es justo ahí donde parte otra dificultad conceptual. Fernando Caudevilla (2007) señala que “los términos *drug* (en inglés) y *drogue* (en francés) se utilizan indistintamente para definir fármacos de prescripción como sustancias psicoactivas sin utilidad terapéutica” (p.2). Entonces bien, la “droga” contiene dos vertientes, una que se refiere a lo legítimo, moral o socialmente aceptable —como lo son las drogas prescritas por médicos y las sustancias

legales—, y la otra que se refiere a lo ilegítimo —como lo son las sustancias sin utilidad o recreativas, que podrían entrar en terreno de la ilegalidad.

Siguiendo esta ambigüedad, la OMS define a la droga como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (OMS, 1969, citado en Caudevilla, 2007, p.2). Sin embargo, Caudevilla (2007) argumenta que tal definición además de poco útil es inexacta, “ya que engloba fármacos de prescripción, sustancias psicoactivas, muchas plantas, sustancias químicas o tóxicos para el organismo” (p.2).

Esta imprecisión que se mantiene en las definiciones institucionales genera lagunas para el entendimiento del concepto y su rol en el desarrollo de una adicción. Para Caudevilla (2007), el término se define mejor desde lo que de forma coloquial se entiende como droga: “Sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas” (p.2).

De esta manera, la diferencia entre drogas y fármacos, más que ser dada por criterios farmacológicos, se puede comprender desde los matices instrumentales y sociales. De acuerdo con Caudevilla (2007), “algunas sustancias pueden ser consideradas drogas o fármacos según el contexto: los esteroides son en principio fármacos de prescripción, pero si son utilizados en gimnasios para mejorar el rendimiento físico se considerarían drogas”. En otras palabras, si el individuo es quien se administra la sustancia sin prescripción médica, y su consumo es sin fines curativos de alguna patología, podría considerarse como droga. La definición de droga, al igual que la de adicción, está ligada al contexto y relación sujeto-sustancia.

Diversos autores y perspectivas han ampliado el entendimiento del concepto de “droga”, a partir de distintas clasificaciones, por ejemplo:

Algunos autores distinguen entre drogas duras (aquellas que producen graves riesgos para la salud) y drogas blandas, supuestamente menos peligrosas (alcohol, el tabaco y cannabis). Pero el hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas [...] (Caudevilla, 2007, p.4).

Como es señalado por el autor, esta clasificación propone una división con base en el supuesto nivel de peligrosidad y riesgo para la salud; empero, señala que parece más bien estar condicionada por factores como la tolerancia social que se tiene a cierto tipo de sustancias.

Otra de las clasificaciones sobre las drogas, es la que hace referencia a sus efectos en el organismo. A continuación se presenta la propuesta de Avra Goldstein, la cual ha sido ampliamente utilizada:

Por un lado, están los estimulantes: sustancias que activan el Sistema Nervioso Central (SNC) (cocaína, anfetaminas, cafeína...). Por otro están los depresores: drogas que disminuyen el grado de actividad del SNC: alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, GHB [...] Finalmente hay un tercer grupo de sustancias que producen alteraciones perceptivas, los psicodélicos (mal llamados alucinógenos): LSD, psilocibina, ketamina (citado en Caudevilla, 2007, p.4).

Además de las distintas clasificaciones que pueden existir sobre las drogas, es importante considerar cómo el solo trabajo de clasificación y entendimiento de la droga se ha compli-

cado por la diversidad de sustancias que existen, a lo que se suman lo que se conoce como las Nuevas Drogas Psicoactivas (NSP):

Aunque todavía se están reuniendo los datos correspondientes a 2015, en ese año se informó a la UNODC de 75 sustancias nuevas por primera vez, frente a un total de solo 66 en 2014. Entre 2012 y 2014 la mayoría de las sustancias notificadas por primera vez pertenecía al grupo de los cannabinoides sintéticos, pero los datos de 2015 comunicados hasta la fecha revelan una tendencia diferente: en primer lugar, el número de catinonas sintéticas de las que se informó por primera vez fue casi igual que el de cannabinoides sintéticos; y en segundo lugar, se informó por primera vez de una gran diversidad de sustancias que no pertenecían a ninguno de los grupos principales identificados en años anteriores, como opioides sintéticos (por ejemplo, derivados del fentanilo) y sedantes (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016).

Estas sustancias se caracterizan por tener una naturaleza diversa, y muchas, a pesar de ser comercializadas, no son para el consumo humano. Otra de las características de estas sustancias es su método de obtención, en donde el Internet juega un papel clave. Helen Dolengevich-Segal, Beatriz Rodríguez, Jorge Gómez-Arnau y Daniel Sánchez-Mateos (2015) afirman cómo las redes han facilitado la obtención de drogas conocidas como “euforizantes legales”, así como “productos químicos de investigación”. Según los autores, estas drogas son vendidas bajo otros nombres, tales como “incienso místico”, “limpiadores de pipas de agua”, “suplementos alimenticios”, “artículos de coleccionista” etcétera, con la advertencia de que no son aptas para el consumo humano. Aunque “es posible encontrar numerosas páginas web en las que se detallan dosis, formas de consumo, combinaciones, complicaciones posibles y efectos esperados” (Dolengevich-Segal, Rodríguez, Gómez-Arnau & Sánchez-Mateos, 2015, p.321).

El Internet funciona como portal de compraventa, pero también como una guía de uso y ventana para conocer nuevas sustancias que puedan otorgar efectos psicoactivos. La mayoría de estas sustancias buscan igualar los efectos de las sustancias controladas; sin embargo, pueden representar mayor peligro de intoxicación que las sustancias ya conocidas, por ejemplo, en los productos que se venden como cannabinoides sintéticos:

Estos compuestos no se obtienen de la planta de la marihuana, *Cannabis sativa*, ni son marihuana sintética. Son moléculas más potentes que el Δ -9-tetra-hidrocannabinol (THC, la principal sustancia psicoactiva del cannabis), tienen mayor afinidad sobre los receptores CB, efectos más fuertes y mayor toxicidad que el THC, además de diversos metabolitos activos (Antonioni & Juurlink, 2014, citados en Cruz & Rivera, 2015, p.73).

Desde el panorama epidemiológico, Casanet et al. (2014, citados en Cruz & Rivera, 2015) exponen que los cannabinoides sintéticos son, en su mayoría, consumidos por adultos jóvenes que han consumido o consumen cannabis sola o combinada con otras sustancias, como el alcohol y el tabaco. En gran parte, su consumo se debe a que tales sustancias “no están reguladas, son fáciles de adquirir y no se detectan en pruebas antidoping tradicionales. En general, los usuarios, tienen una baja percepción del riesgo que significa su consumo” (Casanet et al., 2014, citados en Cruz & Rivera, 2015, p.74). Lo anterior deja ver cómo las NSP implican nuevos riesgos, nuevas formas de consumo, significación y tipo de consumidores.

Además del tipo de sustancia (droga), otros términos importantes que están relacionados con el entendimiento de las adicciones parten de la clasificación entre los tipos de consumo. Es importante enfatizar que el consumo de sustancias, por sí solo, no es sinónimo de adicción, pero sí puede significar un camino escalonado hacia el consumo adictivo. Los tipos de consumo de sustancias más descritos son el consumo experimental, el consumo recreativo y el consumo adictivo. Los cuales son definidos por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) (2018) de la siguiente forma:

- Experimental. Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto. Es cuando una persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer.
- Recreativo. El consumo empieza a presentarse de manera más regular, y enmarcado en contextos de ocio con más personas, generalmente amistades, con quienes hay confianza.
- Habitual. Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por una fase previa. Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar muchas) y un gusto por la sensación que produce.

A causa del uso múltiple de varias sustancias por los usuarios de estas, se ha llegado al consenso de la creación del término técnico “policonsumo”, ya que tal y como se ve determinado por parte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2016) en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016, “el panorama mundial del consumo de drogas resulta más difuso porque muchas personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras”, debido al hecho de “que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente” (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016. p.XII) El policonsumo —además de ser un fenómeno que aumenta el riesgo de las personas a desarrollar daños físicos serios, prolongados o inmediatos— coloca a los expertos y autoridades frente a un nuevo reto, ya que la dependencia a una sustancia —generada por una persona en situación de adicción— ahora representa la dependencia al consumo, dependencia a un estado, y no solo dependencia física a una sustancia específica.

Es importante considerar las características, diferencias y riesgos entre los diferentes tipos de consumo. Las sustancias psicoactivas, y en general cualquier uso indebido y / o excesivo de sustancias, pueden generar daños y dependencia; además de una tolerancia a la droga, la cual implica el incremento en el consumo en cantidad y frecuencia, con el fin de obtener los efectos que se tenían al inicio del consumo.

En el ámbito institucional en México, “se considera que el abuso se caracteriza por un consumo continuo de la sustancia psicoactiva a pesar de los daños que ocasiona de forma persistente y es provocada por el sujeto y en donde el consumo resulta físicamente arriesgado” (Conadic, 2019). El abuso de una sustancia no implica siempre una adicción, sin embargo, está relacionado de forma estrecha con el desarrollo de una.

Al respecto, desde un enfoque conductual, Ismael Apud y Oriol Romaní (2016) exponen que para que se desarrolle una adicción, la dependencia ha de “asociarse a ciertos mecanismos básicos de aprendizaje: de condicionamiento operante (reforzamientos positivos y negativos), de condicionamiento clásico (estímulos neutros que se asocian al *craving* provocándolo), y de aprendizaje explícito (memoria)” (p.119).

Por su parte, las neurociencias explican el desarrollo de la adicción como resultado de los efectos de las drogas sobre el cerebro. Tal y como lo afirman Alejandra E. Ruiz-Contre-

ras, Mónica Méndez-Díaz, Bertha Prieto-Gómez, Antonio Romano, Seraid Caynas y Óscar Próspero-García (2010), las drogas “modifican la actividad de sus sistemas porque activan los receptores de los neurotransmisores o aumentan la biodisponibilidad de los mismos o porque las drogas mismas se comportan como falsos neurotransmisores” (Ruiz-Contreras, Méndez-Díaz, Prieto-Gómez, Romano, Caynas & Próspero-García 2010, p.538).

Además, los autores exponen que el uso frecuente de sustancias psicoactivas puede desembocar en una adicción en el sujeto, a pesar de que este no tenga una predisposición genética a la drogadicción.

Otra distinción relevante y difundida con amplitud, es la diferencia entre adicción física y psicológica. La primera se refiere a los signos y síntomas fisiológicos y la segunda a la respuesta emocional de dependencia al objeto, persona o sustancia. Según el sitio web del Gobierno de México, en lo que respecta a la institución pública del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se declara en el apartado de definición de “Adicción a Sustancias o Drogas”, que existen dos diferencias entre lo que sería una adicción física y una adicción psicológica, en la que se deja en claro que la “adicción física ocurre en los sitios del cerebro donde las neuronas crean la necesidad del consumo compulsivo, debido a que el cuerpo se ha acostumbrado a la droga”, mientras que la “adicción psicológica es la necesidad de consumo de una sustancia, que se manifiesta a nivel de pensamientos o emociones, ante una situación estresante, o algún problema. Por lo tanto no existe dependencia física, debido a que no se desarrollan receptores a nivel neuronal para la acción de la sustancia adictiva” (Instituto Mexicano del Seguro Social, s.f.).

Al respecto, Caudevilla considera que ambas dependencias son procesos íntimamente ligados, y puntualiza que todos los fenómenos psicológicos tienen una base orgánica en el Sistema Nervioso Central (SNC). Por ello propone esta distinción: “la dependencia física o fisiológica se relaciona con el síndrome de abstinencia mientras que la dependencia psicológica está en relación con el fenómeno de *craving*” (Caudevilla, s. f., p.5).

Tanto el síndrome de abstinencia como el *craving* constituyen dos elementos importantes en la comprensión de las adicciones, puesto que implican el reconocimiento de los eslabones que integran el intento de dejar el consumo. Cuando una persona en situación de adicción comienza su proceso de rehabilitación, tendrá que enfrentarse a estos dos fenómenos, en los que se aumenta el malestar físico y emocional.

Según Martha León (s.f.), por un lado, el síndrome de abstinencia es experimentado por el sujeto cuando este interrumpe su consumo, sea de manera voluntaria o porque no puede conseguir la sustancia, y se caracteriza por síntomas como el deseo intenso de consumir, vómito, ansiedad, ataques de pánico, paranoia, delirio, espasmos musculares con dolor, convulsiones, etcétera. Este conjunto de síntomas solo puede ser aliviado con el consumo de más droga, lo que constituye ya un obstáculo para la rehabilitación del adicto.

Por otra parte, el sujeto con problemas de adicción en abstinencia, con una dependencia psicológica, va a desarrollar el fenómeno comúnmente nombrado *craving*, o experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir drogas (Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades & Tomás, 2008, p.14), así como la falta de control para resistirlo.

Académicamente, el *craving* no tiene una definición específica, sin embargo, la mayoría de los autores que lo utilizan se refieren a este fenómeno como la manifestación psíquica de la urgencia, deseo y ansia por consumir, a diferencia del síndrome de abstinencia que se caracteriza por el malestar físico. De acuerdo con Caudevilla (s.f.), algunas sustancias tales como el alcohol, el tabaco o la cocaína tienen mayor facilidad para provocarlo, y con

normalidad “puede aparecer semanas o meses después de haber abandonado el consumo y superado el síndrome de abstinencia agudo” (p.5).

El síndrome de abstinencia y el *craving* son procesos distintos, pero interdependientes, y aunque aparecen después de abandonar el consumo, pueden ser uno de los factores más importantes que intervienen en una recaída, o que imposibiliten la capacidad de los sujetos para cesar su consumo.

Todo esto nos lleva a reflexionar que la definición de adicción no es suficiente por sí misma para describir la situación de un adicto sino que hay más conceptos que se interceptan y que van presentando, en cada caso, un panorama con distintas configuraciones y precisiones pertinentes al momento del diseño de estrategias desde lo preventivo y / o asistencial.

PERSPECTIVAS

Además de las definiciones que existen en torno a esta temática, es importante reconocer los diferentes enfoques desde los que se contempla, estudia y define el complejo mundo de las adicciones. En palabras de Xavier Pons (2008):

La problemática del consumo de drogas, como cualquier problema social, es susceptible de diversas interpretaciones epistemológicas. Se trata de un problema social complejo y multifactorial, tanto por sus causas y consecuencias, como por sus componentes e implicaciones. De este modo, podrá ser contemplado desde perspectivas distintas, cada una de las cuales enfatizará determinados aspectos y propondrá una postura aproximativa particular.

Cada mirada representa una pieza de un rompecabezas que aporta una distinta dimensión de la problemática. El armar aquel rompecabezas permitirá un entendimiento y explicación compleja y profunda del fenómeno estudiado.

Desde la perspectiva biomédica

Una de las perspectivas que más han tenido peso es el modelo biomédico, el cual según Apud y Romaní (2016), “parte de una concepción neurobiológica de la adicción, entendiéndola como una ‘enfermedad del cerebro’” (Apud & Romaní, 2016, p.116). Desde este modelo, la adicción es un trastorno cerebral, puesto que genera cambios a nivel funcional y neuroquímico en los circuitos del cerebro (NIDA, 2018; Young, 2017) implicados en los procesos de recompensa, estrés y autocontrol (NIDA, 2018). Además, la adicción se considera como cualquier otro tipo de enfermedad, puesto que “perturban el funcionamiento normal y sano de un órgano del cuerpo, tienen graves efectos perjudiciales para la salud y son, en muchos casos, prevenibles y tratables” (NIDA, 2018).

Históricamente, el concepto médico de adicción surge después de la Ilustración, “que supuso el abandono de la noción de ebriedad como una práctica ‘demoníaca’ o ‘moralmente reprobable’, para la creación del concepto de ‘adicción’ bajo un modelo científico, en términos de ‘enfermedad del cerebro’” (Apud & Romaní, 2016, p.116). Desde entonces el entendimiento de las adicciones adquirió una postura biomédica, en donde se consolidaron ideas centrales tales como “la predisposición biológica, la toxicidad, el ‘apetito mórbido’ o *craving*, la tolerancia, la progresividad de la enfermedad, la pérdida de control para frenar el consumo, etcétera” (White, 2000, citado en Apud & Romaní, 2016, p.117).

Desde esta perspectiva, disciplinas como la neurociencia han aportado con grandes avances para el entendimiento de las causas y consecuencias de la adicción, mismos que se han utilizado con el fin de desarrollar mejores estrategias de prevención y tratamiento. Al respecto, Aura Rengifo, Carolina Tapiero y Clara Spinel (2005) expone que:

Son innumerables las investigaciones que han intentado elucidar los posibles mecanismos neurobiológicos de este síndrome [alcoholismo] para entender los cambios fisiológicos y comportamentales del individuo, de tal manera que se puedan brindar alternativas farmacológicas que ayuden a controlar este tipo de dependencia (Rengifo, Tapiero & Spinel, 2005, p.77).

Aunado a esto, el avance en las investigaciones desde las neurociencias ha ayudado a comprender los daños en los mecanismos neurobiológicos implicados en el proceso de las adicciones. Según NIDA (2018) estudios de imágenes cerebrales de personas adictas muestran cambios físicos en las zonas del cerebro encargadas de las funciones ejecutivas, involucradas en la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control del comportamiento. Lo cual ha ayudado a explicar el carácter compulsivo de la adicción.

La perspectiva biomédica ha ayudado a identificar características que aumentan la vulnerabilidad de una persona para desarrollar una adicción. NIDA (2018) expone que “los genes—incluidos los efectos que los factores ambientales tienen en la expresión génica de una persona (llamados ‘epigenética’)— representan entre 40% y 60% del riesgo de adicción de una persona” (s.p.).

Gracias a este tipo de investigaciones y estudios, se han logrado analizar también otros genes que podrían estar involucrados de forma directa o indirecta con la adicción a diferentes tipos de sustancias, ya que tal y como lo dicen Ruiz-Contreras et al (2010), estos genes se encuentran “asociados a los receptores de acetilcolina, dopamina, glutamato y serotonina” (p.539). En particular, artículos como el realizado por Rengifo et al. (2005), explican algunas de las anormalidades del SNC que pueden predisponer a la dependencia, como lo son “una baja regulación de la actividad de dopamina por parte del sistema GABA, sumada con la baja modulación del sistema opioide y a la alta actividad de los receptores de glutamato tipo NMDA” (Rengifo et al., 2005, p.92).

Las alteraciones del SNC, en específico lo que sucede con los receptores GABA—los cuales son sus principales inhibidores—, han de comprenderse como el resultado de factores genéticos que pueden predisponer al alcoholismo. Sobre esto se ha explicado cómo es que tales alteraciones de la genética del sujeto alcohólico pueden ser heredadas.

Por otra parte, los genes que codifican para las subunidades de los receptores GABA ubicados en los cromosomas 4 y 15 han sido asociados con alcoholismo, al presentarse fuertes relaciones entre el desequilibrio de unión entre estos genes y el fenotipo de las ondas en los electroencefalogramas de los individuos con el síndrome de dependencia al alcohol y sus descendientes (Rengifo et al., 2005, p.77).

Es importante precisar que aunque es probable que las personas con adicción hayan heredado trastornos genéticos involucrados en el proceso adictivo, también existe la posibilidad de que el cambio genético se dé durante el desarrollo de la vida de la persona que llega a ser adicta. Un ejemplo de esto es el caso expuesto por parte de Ruiz-Contreras et al. (2010):

El grupo de Meaney, en Ontario, Canadá, ha mostrado que cuando una rata es hija de una madre que le expresa poco cuidado: pocos periodos de amamantamiento, de acicalamiento, de contacto físico y otros, entonces se metilan algunos genes, como el del receptor a glucocorticoides. Aparentemente también los genes para el BDNF y para la subunidad NR2A del NMDA. Esto tiene grandes consecuencias en la conducta del sujeto. Por ejemplo, su nivel de estrés aumenta y su capacidad para resolver problemas planteados, como la resolución de laberintos, desciende. No solamente esto, sino que los vuelve vulnerables a la adicción a drogas (p.540).

Ahora bien, el desarrollo de una adicción no está solo determinado por factores biológicos. Y es justo ahí donde se sitúa la mayor crítica al modelo biomédico. En concreto, Apud y Romaní (2016) señalan que aunque esta perspectiva permitió dar cuenta de los factores agrupados bajo la noción de dependencia física, mostraba problemas para poder dar cuenta de los factores de la dependencia psicológica. Por lo que fue necesario abrirse al entendimiento de otros factores implicados.

A pesar de las aperturas y nuevas implicaciones que el modelo biomédico adquirió, se siguió priorizado el entendimiento de adicción como enfermedad cerebral, concentrándose así en la neurobiología de las adicciones. Sin embargo, para muchos autores, entender los procesos que están implicados en la adicción no puede minimizarse a cuestiones biológicas por sí solas. Apud y Romaní (2016) reflexionan que “el uso y abuso de dichos mecanismos no puede ser entendido si no se remite a una experiencia subjetiva de compulsión, vinculada a un sujeto inmerso en determinados contextos sociales y culturales”, entonces bien, no existe la adicción “en un sentido biológico puro” (p.120).

En resumen, la perspectiva biológica de las adicciones es la dimensión en donde, en su mayoría, se ha llevado a cabo investigación, en el afán de encontrar y describir los mecanismos cerebrales que mantienen la adicción. A pesar de ello, por sí sola no ha logrado dar una respuesta ni completa ni definitiva ni única de todos los factores implicados en el desarrollo, mantenimiento y cese de una adicción. Por lo cual se hace necesario y pertinente revisar el resto de las dimensiones que configuran este acertijo llamado adicción.

Desde la perspectiva biopsicosocial

El paradigma biomédico se adaptó al modelo biopsicosocial, que como su nombre indica, comenzó a integrar el entendimiento de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Su estudio adquirió mayor interés a partir de la década de los setentas, a través de distintos estudios clásicos que muestran la personalidad y el contexto social no solo como telón de fondo sino como parte central del proceso de adicción (Apud & Romaní, 2016, p.120).

Según Apud y Romaní (2016), este nuevo modelo reformuló al biomédico “mediante la inclusión de otros procesos psicológicos como la motivación, la memoria y aprendizaje” (p.116), a la par de integrar variables del contexto, dando paso a un entendimiento más íntegro de la problemática. En efecto, se empezó a observar cómo los efectos del consumo de cualquier droga no dependían solo de sus propiedades farmacológicas sino también de la interacción que Zinberg, psicoanalista y psiquiatra, denominó *set* y *setting* (sujeto y contexto) (citado en Apud & Romaní, 2016, p.120).

Bajo esta perspectiva, elementos como el sujeto adicto y su contexto tomaron más relevancia para entender las características de las adicciones. En concreto, el psicólogo Stanton Peele señaló a la adicción como una enfermedad neurológica, “consecuencia de la excesiva utilización de mecanismos normales de evasión, gratificación y alivio, usados cotidianamente para la supresión de ansiedades” (citado Apud & Romaní, 2016, p.120). Este posicionamiento contempla la trascendencia de la cotidianidad y contexto de los sujetos, como factores que predisponen y colaboran para que una persona desarrolle una adicción, en conjunto con la predisposición biopsíquica.

Desde la perspectiva sociocultural

Según lo descrito por María de la Villa Moral y Anastasio Ovejero (2009) el contexto de la adicción y las adicciones pueden comprenderse como un “fenómeno global con determinantes socioculturales e implicaciones comunitarias que trascienden los usos / abusos de consumo a nivel personal, máxime dada la multicausalidad del fenómeno” (NIDA, 2006a, 2006b, citados en Moral & Ovejero, 2009, p.534). El modelo sociocultural postula que la adicción no puede ser comprendida meramente desde la lógica individual, y hace énfasis en la importancia de la cultura y el contexto social en el consumo de las sustancias. De acuerdo con Apud y Romaní (2016):

Las distintas perspectivas englobadas bajo este modelo sociocultural han ayudado a comprender las distintas prácticas sociales y culturales relacionadas con las drogas, desde el uso de psicoactivos en sociedades tribales o tradicionales (en sus usos religiosos, médicos, y recreativos), hasta las distintas “subculturas de la droga” y sus usos más generalizados en nuestras sociedades contemporáneas (p.121).

El posicionamiento desde esta mirada requiere del rescate y entendimiento del sujeto, así como de las implicaciones del contexto, “no solo de la perspectiva del ‘sujeto adicto’, sino también de los vaivenes históricos del propio concepto de adicción” (Apud & Romaní, 2016, p.122). Trasladando así el concepto de adicción de una categoría exclusivamente “natural” o “biológica”, al terreno de la cultura, la política, los intereses sociales y económicos (Apud & Romaní, 2016).

La mirada sociocultural brinda nociones importantes para comprender a complejidad el fenómeno de las adicciones, al poner en evidencia que se trata de la construcción de un fenómeno público que se vive dolorosamente en lo privado. Además, se considera que “ha hecho significativas contribuciones en el área de la intervención y las políticas de drogas, permitiendo detectar emergencias y necesidades sobre el terreno, y establecer mejores estrategias de salud para las adicciones y sus problemas sanitarios asociados” (Apud & Romaní, 2016, p.122).

Hablar de la perspectiva sociocultural implica necesariamente hablar del complejo contexto donde se desenvuelve el consumo de sustancias en la época contemporánea, así como de la conjugación de condiciones que favorecen que este consumo de sustancias se vuelva problemático. En este apartado se realizará un entretreído entre los autores que leen el tema de las adicciones y el consumo de sustancias desde esta mirada sociocultural, revelando un análisis de la realidad social, política, económica, cultural y personal, que produce este problema de salud pública.

PUNTO DE PARTIDA: LOS NUEVOS VALORES Y LA FELICIDAD DOPADA

María Medina, Guillermina Natera, Guilherme Borges, Patricia Cravioto, Clara Fleiz y Roberto Tapia (2001) detectan que en las últimas décadas (finales del siglo XX) ha habido cambios derivados de las variaciones en la composición de la estructura demográfica de la población, de las recurrentes crisis económicas y de una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización. Esto, en palabras de los autores “han afectado las vidas de las personas en los ámbitos individual, familiar y social en que interviene el abuso de sustancias” (p.4).

Además, desarrollan cómo estos cambios sociales han acarreado “inestabilidad y nuevos valores orientados al consumo y al debilitamiento de los controles sociales tradicionales” (p.6). Ante lo presentado, Nestor Ortíz y María Cristina Silva (2005) reflexionan cómo aquellos nuevos valores que incitan a los sujetos al abuso de cualquier droga surgen a partir de un modelo de sociedad consumista (p.907).

Raúl Ángel Gómez (2013), en consonancia con los autores expuestos, sostiene que nuestra actual sociedad de consumo se basa en el principio de satisfacción y placer. Las drogas no son más que otro objeto de consumo que el mercado lanza, promociona y naturaliza como algo deseable. Además, la droga es un medio para alcanzar los imperativos y exigencias sociales que son cada vez mayores, para divertirse, o bien, para alcanzar un mejor rendimiento en el trabajo, el sexo, el deporte, etcétera. Su consumo implica la promesa de estimular y potencializar las capacidades y experiencias de los sujetos.

Las sustancias que se consumen, más que drogas, son productos y objetos con valores de utilidad y placer otorgados por sujetos atravesados por las ideologías y estructuras de las sociedades actuales, caracterizadas por “la globalización, la pérdida de cohesión social y de grandes referentes de pertenencia y sentido, y la secularización de la vida cotidiana” (Hopenhayn, 2008, p.101).

Asimismo, se ha expuesto que el consumo es una estrategia que emplean los sujetos para generar vínculos, relaciones, identidad y pertenencia. Uno de los efectos de las drogas es la comunión con los pares y las metamorfosis del ánimo que sugieren formas fugaces de pasaje existencial; la cohesión interna del grupo, al mismo tiempo que la diferenciación hacia afuera, metaforiza y compensa la falta de mecanismos institucionalizados de pertenencia y comunidad (Hopenhayn, 2008).

Hablamos de sujetos con estilos de vida cada vez más acelerados y cambiantes, donde el presente se vuelve un asunto de “use y tírese”, donde la felicidad y el placer individual son la prioridad. De sujetos con necesidades afectivas, de conexión y de pertenencia, que al no encontrar satisfacción de estas, recurren al consumo. De sujetos que confían en que el consumo será una vía de escape que hará más tolerable la cotidianidad, aunque el precio sea alto. Ortíz y Silva (2005) afirman que vivimos una felicidad consumidora:

Una felicidad asociada al “presentismo” del estilo de vida posmoderno, en la que ocurre la trasmutación de valores que traspasa los elementos constitutivos de la modernidad, como el productivismo económico y el activismo político, dando lugar a la valorización de las experiencias emocionales, místicas y placenteras [...] que incita a consumir no solo mercancías, sino también, la propia vida. Una concepción de felicidad que induce al consumo de placer, ropas, automóviles, objetos esotéricos, drogas euforizantes, etc. y así oculta la angustia, el fracaso y el dolor (p.908).

En suma, la voracidad consumista de los sujetos los ha llevado a consumir su propia vida. No obstante, es importante resaltar que el desarrollo de una felicidad dopada por el consumo de sustancias y adicciones de todo tipo no es una anomalía ni tampoco el comportamiento de sujetos anómicos y aislados sino que es el reflejo de la descomposición social. Tal como reflexiona Martín Hopenhayn (2008):

¿Qué mejor metáfora para el principio de obsolescencia acelerada de la sociedad de consumo que el aumento en el umbral de tolerancia de las drogas psicoactivas, vale decir, a mayor frecuencia en el uso, necesidad de mayores dosis para obtener el mismo nivel de placer? Nada más elocuente que la droga para condensar la dinámica que se establece entre los mercados y los sujetos, en virtud de la cual la satisfacción, la utilidad o el placer que produce un nuevo producto es cada vez más breve en el tiempo, y requiere cada vez mayor recurrencia o renovación para mantener un mismo umbral de satisfacción, utilidad o placer.

La transformación antedicha de los valores orientados al consumo no implica solo el consumo de sustancias sino el consumo en general; en palabras de Hopenhayn (2008), “el problema no es la droga, pero la droga resume el problema” (p.105). El consumo de drogas es solo una de las manifestaciones de una problemática más profunda y estructural. De una sociedad dopada, una sociedad del consumo, una sociedad hedonista. En palabras de Vélez (2014), “la sociedad contemporánea se puede saludar como una sociedad adicta, en la que sus ciudadanos irremediamente caen en una u otra adicción y solo algunos pocos evitan de alguna u otra manera caer en ese ‘oscuro hoyo’” (p.37).

EL CONSUMO SOCIALIZADO, DISPONIBILIDAD Y TOLERANCIA SOCIAL

Cuando se piensa en el consumo de sustancias es importante considerar las distintas modalidades del consumo socializado, que varía dependiendo de los usos y costumbres, regionales y culturales del grupo sociodemográfico al que se pertenece.

El consumo de alcohol además de tener una amplia variedad de significaciones socioculturales positivas se caracteriza por su disponibilidad. El consumo de drogas ha dejado de ser un problema exclusivo de sociedades y poblaciones marginadas, y se ha convertido en bienes de consumo incorporados en el mercado (Medina, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz & Tapia, 2001). Esta disponibilidad ha sido asociada, de forma consistente, con el consumo de drogas, ya que, en palabras de Moral (2006), “si hay droga disponible, aumenta mucho la probabilidad de su consumo” (p.12).

No obstante, es necesario recalcar que la disponibilidad no se limita meramente al acceso físico a la sustancia “sino también a las normas sociales y a la proporción de personas que la consumen en el entorno inmediato” (Medina et al., 2001, p.16). Siguiendo así la lógica de que, a mayor disponibilidad, menor percepción de riesgo, y, por ende, mayor tolerancia social.

Las sustancias, en particular el alcohol, están asociadas con la idea de diversión, no como posibilidad sino como regla. Lo cual ha creado dinámicas relacionales que tienen que ver de forma directa con su consumo. Por ejemplo, la “precopa”, que consiste en la reunión previa a un evento, en donde se bebe alcohol con el fin de continuar el consumo en el evento, y

el “*after*” que como su nombre lo indica, es en esencia la continuación del consumo, y no necesariamente de la convivencia.

Lo anterior, se ve reflejado en la normalización y transformación de significación del consumo de sustancias adictivas, así como en el aumento del consumo en el contexto social. Cabe mencionar, que la disponibilidad no solo aumenta la probabilidad del consumo sino que también incrementa la probabilidad de abuso, en especial cuando “esta no solo constituye un medio de alivio sino también de socialización marginal” (Moral, 2006, p.12). Así se revela cómo el consumo de sustancias, además de ser un problema de un sujeto con malestar que busca alivio, es una demanda de convivencia dentro de una sociedad adictógena.

EL CONSUMO, EL CONTEXTO GEOPOLÍTICO Y LA MARGINALIDAD

Según el mismo Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016), se declara que “aparte del grado de desarrollo, hay muchos factores” que demuestran ser de mucha importancia para el desarrollo de las adicciones, como lo podría ser “la ubicación geográfica, que incide en el carácter del problema de las drogas en un país determinado” (p.XXI). Por lo tanto, es posible decir que la proximidad a una zona de producción de drogas, o una ruta de tráfico importante, influirá en el consumo.

De igual forma, variables de este contexto pueden ayudar a identificar las diferencias y formas macrosociales de las adicciones. En países como México, la crisis con el narcotráfico significa implicaciones y características específicas de sociedades con estas características. Medina et al. (2001) señalan que:

El narcotráfico utiliza a los menores como introductores de droga en el mercado interno del país, dándoles droga para su consumo y para vender, es así, en las calles de las zonas urbanas en donde este fenómeno ocurre. En las zonas rurales, el cultivo de drogas continúa siendo en muchos casos la única alternativa económica viable para los campesinos pobres que deciden no migrar (p.6).

Bajo esta línea, algunas posturas de la sociología consideran que el fenómeno de las adicciones se ve condicionado por la marginalidad de las personas. Para autores como Moral (2006), la socialización juega un papel destacado en las drogas ilegales, puesto que constituye un medio de vida, enriquecimiento y prestigio de jóvenes marginados (Moral, 2006, p.9).

De hecho, diversos estudios y encuestas han podido comprobar la diversidad de clases sociales que pueden estar involucradas en el fenómeno de las adicciones. Tal y como se menciona en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2016) “el desglose de los datos nacionales sobre los consumidores de drogas por nivel de ingresos revela, sin embargo, que la prevalencia del consumo en el año anterior tiene a ser mayor en los países de ingresos altos” (p.XXI).

IMPLICACIONES HISTÓRICAS Y CULTURALES DE LOS VALORES ASOCIADOS CON EL CONSUMO, UN CONTRASTE CON LA ACTUALIDAD

El consumo de sustancias para alterar el estado de conciencia ha sido un fenómeno presente a lo largo de la historia de la humanidad. Ortíz y Silva (2005, p.904) puntualizan que en casi todas las civilizaciones existe registro del uso de sustancias psicoactivas, consumidas en contextos culturales que no implicaban el daño social y de forma directa estaban relacionados con fines religiosos. No obstante, el consumo ha perdido tal valor, según lo expone Vélez (2014): “El conocimiento del objeto, apoyado en los avances científicos, ha roto los hilos que se tenían con las diferentes divinidades, logrando derrumbar los puentes metafísicos que existían en la antigüedad y dejando únicamente el daño, la degeneración, la sujeción, la adicción, como consecuencias directas del consumo de las diferentes drogas” (p.39).

La religiosidad trastornada, la pérdida de ese tipo de valores y la transformación de las estructuras sociales hacia unas más precarias se ha visto reflejado en el tipo de consumo. A su vez, el consumo ha venido a sustituir la pérdida de rituales espirituales, que implicaban dinámicas que, más allá del mero consumo, dotaban de pertenencia a sus participantes (Hopenhayn, 2008).

Hoy en día, existen tipos de consumidores que tienden a sustancias con un efecto alucinógeno, justificando su consumo como una herramienta para la espiritualidad, por los efectos y composición de estas sustancias. Con todo, además de las motivaciones y significaciones que le pueda otorgar el sujeto consumidor, los valores que se le adjudican y motivan al consumo también dependen del contexto social. Por ejemplo, en concordancia con Gutiérrez del Río (2003) sobre el fenómeno del consumo de drogas en la década de los noventa del siglo XX:

En los años 90, también, se apreció un aumento del consumo de anfetaminas, probablemente en relación con la crisis económica y la elevada tasa de desempleo. Tampoco, se puede olvidar el resurgir del Cannabis, el mantenimiento de la adicción a Benzodiazepinas por vía oral y, el creciente consumo, sobre todo en población muy joven, de alcohol; con estas dos últimas sustancias se observa mayor deterioro cognitivo y distrés psicológico que con la dependencia a otras drogas. (Gutiérrez del Río, 2003, p. 6).

Desde el discurso social, el consumo de sustancias pasó de ser religioso a ser terapéutico (fármacos), a ser una problemática social, “un conflicto internacional, judicial y de salud pública, que se inicia a raíz de la expansión de los estilos de vida contraculturales desarrollados después de la década de los 60” (Ortíz & Silva, 2005, p.904).

EL CONSUMO COMO PROBLEMÁTICA SOCIAL

Las adicciones, y sobre todo el uso y abuso de sustancias, comenzaron a ser un tema de relevancia institucional desde décadas anteriores. Según lo descrito por Sara Slapak y Marcelo Grigoravicius (2007) “la Convención de La Haya de 1912 es el puntapié del movimiento prohibicionista, ya no solo del opio, sino de otras numerosas sustancias” (p.242) al ser esta la manera en que la preocupación de las drogas y el consumo de sustancias nocivas comenzó a ser tomado en cuenta como un peligro para la salud mental humana. A partir de entonces, este movimiento ha sido de gran relevancia en los modelos de prevención y tratamiento de las adicciones, así como en las medidas estatales, de control y clasificación de las sustancias.

Este modelo también ha desencadenado debates en torno de la regularización de las sustancias, ya que el estatuto de legalidad o ilegalidad de las sustancias “marca la prevalencia de su consumo, abuso y dependencia, así como del daño social y de salud que genera” (Moral, 2006, p.6). Dicho de otro modo, la forma legal o ilegal de una sustancia tiene consecuencias en la sociedad. ¿Pero cuál sustancia implica consecuencias negativas y cuál positivas? Es un debate que continúa, y aunque la mayoría de los países optan por modelos prohibicionistas, existen países que se han abierto, en distinto nivel, a la regularización de las sustancias. Por ejemplo, el caso de Portugal.

La conclusión de Portugal es que los alarmismos fallaron. El consumo no se disparó ni las mafias acamparon por las calles; la proporción de adictos a las drogas es similar a la de entonces y el consumo aumenta o disminuye más por influencia de la crisis económica que por leyes o mafias; pero se ha mejorado mucho en la política de prevención y tratamiento (Martín, 2016).

Sin embargo, en otros países donde se ha optado por la legalización de los derivados del cannabis para usos no médicos, el consumo ha aumentado, como lo es el caso de Canadá, Uruguay y 11 jurisdicciones de Estados Unidos (UNODC, 2020).

Finalmente, la opinión social e institucional no es homogénea en lo referente a este problema social. Es posible encontrar dos tipos de discursos: “el discurso de la droga”, proveniente de los propios consumidores, conformado por opiniones, creencias, y deseos, y “el discurso sobre la droga”, que surge de los mecanismos médicos, jurídicos y políticos (Gómez, 2013, p.77).

Es importante que ambas esferas encuentren un punto de encuentro que haga posible la deconstrucción del concepto y no solo la reducción de daños en la problemática de adicciones. Según lo que han establecido Slapak y Grigoravicius (2007) en relación con los aportes de la Psicología Social, es el asunto sobre “el consumo de sustancias concebido como problema el resultado de un largo proceso de construcción social, que remite más a la percepción que se tiene del problema, que a los datos objetivos de la realidad” (p.244) lo que ha dificultado el entendimiento del consumo de drogas y sustancias como un asunto de índole nocivo a la salud mental de los individuos en una sociedad. Es necesario que las instituciones y la sociedad transformen su percepción hacia el fenómeno de las adicciones, para que no sea solo un problema de consumo de sustancias o conductas adictivas sino de una compleja problemática psicosocial. El trabajo institucional es inútil si no está encaminado hacia la transformación de las dinámicas sociales desde la participación social.

EL CONSUMO EN LA ERA DIGITAL

Otro factor del contexto actual que hace más profunda la complejidad sobre el tema de las adicciones es el uso de Internet y plataformas digitales. El Internet “ofrece un mercado nuevo a la distribución de sustancias psicotrópicas: la posibilidad de vender al público en general sustancias alternativas a las drogas controladas” (Ferrero, Pérez & Sánchez, 2013, p.119). Es una herramienta que facilita a las personas el acceso al consumo de sustancias ilegales, a partir de métodos complejos como la *deep web*, o desde plataformas más populares como Facebook, a la par de que promociona, genera y facilita el acceso a nuevos tipos de sustancias que sustituyen a las drogas ilegales.

El uso del Internet no solo ha aumentado el acceso a las sustancias sino que de forma directa influye en la percepción que se tiene sobre el consumo de estas, “Se deduce que, con la información en las redes sociales, los jóvenes han ampliado su conocimiento acerca de las drogas y han modificado su opinión para eliminar el estigma social hacia el consumo de drogas y los consumidores” (Fournier & Clarke, 2011, citados en Montero, Cruz, Tiburcio & García, 2018, p.60).

A pesar de que existan otras figuras, como los padres o maestros, que ofrecen información sobre el consumo de sustancias y las adicciones, la inclinación y confianza de los jóvenes por adquirir información a través de Internet convierte, en específico, a las redes sociales en la principal fuente de información. En la investigación realizada por Félix Ángel Montero, Alma de los Ángeles Cruz, Marcela Alejandra Tiburcio y Janet García (2018), “los participantes señalaron que la información que recibían en el aula estaba censurada, mientras que la información sobre el consumo de drogas en las redes se encontraba íntegra” (p.56).

No obstante, el Internet y las redes sociales son espacios donde resulta complicada la regulación de contenido. En la red, las personas pueden expresarse sin filtro y exponer un amplio abanico de posibilidades, realidades diversas que no requieren mayor reflexión, y que, dependiendo de los *likes*, se instalan como tendencias que permean la cultura adictiva.

Aunque en Internet existen muchas posturas e información que habla sobre las consecuencias negativas de las adicciones y el consumo, en un análisis realizado a los 70 videos más importantes en YouTube, relacionados al consumo de alcohol, se concluyó que “los videos con mayor número de visitas son aquellos que vinculan el consumo excesivo de alcohol con situaciones humorísticas y de atracción física, que ignoran o minimizan las consecuencias negativas” (Montero et al., 2018, p.60).

El tipo de información que está en tendencia alrededor del consumo en las redes sociales u otras plataformas no solo minimiza el problema sino que incrementa su normalización. Al ser un espacio utilizado principalmente por jóvenes, el riesgo de que el consumo aumente entre esta población es mayor.

En resumen, la perspectiva sociocultural permite ver el contexto, el escenario y la escenografía de las adicciones, así como las implicaciones que van más allá de las sustancias y de una aparente patología individual, con consecuencias sociales. En este sentido, Hopenhayn (2008) propone: “Leer en la droga lo que palpita más allá de ella, verla en su condición de caballo de Troya (uso político de la droga con fines de dominio o control) o de punta de iceberg (el problema de la droga solo como final de una cadena sumergida que lleva a tantos otros problemas de la vida moderna y postmoderna)” (p.107).

Esta perspectiva contempla las consecuencias sociales de las adicciones y su magnitud como una problemática pública. Brinda el entendimiento de las causas y singularidades de la adicción como una construcción social y posibilita el pensamiento de nuevas puertas de salida ante el caos adictivo.

Desde la perspectiva espiritual

Por lo general la perspectiva espiritual es utilizada desde grupos religiosos, evangélicos o de comunidades de autoayuda, con fines terapéuticos y de rehabilitación. Comunidades como Alcohólicos Anónimos (AA) cuentan con un modelo de tratamiento en el que además de abordar los aspectos físicos y mentales asociados a la adicción, atienden la dimensión espiritual, ya que, “en esencia, suponen que el alcoholismo es una enfermedad del espíritu,

caracterizada por una excesiva preocupación por el Yo” (Gutiérrez, Andrade, Jiménez & Juárez, 2007 p.63).

Tal y como lo establecen Laura Hinojosa, María Magdalena Alonso, Nora Angélica Armendáriz, Karla Selene López, Marco Vinicio Gómez y Javier Álvarez (2008), citando directamente a Galviz y Pérez (2011), y a Guerrero et al. (2011):

La espiritualidad permite tanto al paciente como a sus familiares, asignarle un significado al proceso de enfermedad, a través de la búsqueda de un ser supremo y del apego a la fe, que les ayude a la reflexión y a la comprensión del proceso que viven, y que coadyuven a minimizar el sufrimiento y a tener esperanza durante el tratamiento y sus resultados (Galviz & Pérez, 2011; Guerrero et al., 2011, citados en Hinojosa, Alonso, Armendáriz, López, Gómez & Álvarez, 2018, p.73)

Desde el ámbito académico, posturas como la antropología de la religión estudian la religiosidad y la espiritualidad. Bajo esta disciplina se ha señalado que una sociedad en crisis de valores y creencias religiosas genera un malestar en sus individuos que no puede ser calmado por los mecanismos ideológicos y rituales convencionales. Por lo que los sujetos buscan otras formas de alivio como el consumo de drogas y los placeres materiales. Sobre esta línea, Moral (2006) afirma que:

Toda sociedad con crisis religiosa, donde imperen los valores hedonistas, que presente un sistema de distribución de la renta que genera un grupo considerable de marginados y donde sus miembros se sientan presionados por la posibilidad de la marginación, se convierte en el ambiente propicio para la alta prevalencia de las adicciones con tasas de incidencia crecientes, al estar generando mucho malestar y escaso soporte (p.14).

Esta postura otorga un entendimiento más complejo de cómo influye (positiva o negativamente) la religiosidad humana, más allá de las doctrinas religiosas, como mecanismo de apoyo para el desarrollo del bienestar en los sujetos.

Por otra parte, el entendimiento de la relación —entre la espiritualidad y las adicciones— permite plantearse cuestionamientos sobre el malestar del ser y el vacío existencial, la falta de un sentido profundo en la vida que las personas adictas experimentan previo a la adicción, pero potencializado por ella. En este aspecto, Cañas (2013) considera que toda adicción es un intento de huida de uno mismo.

Porque cuando se entra en la dinámica de “huir hacia adelante” como única actividad en la vida, salta el piloto intermitente del vacío existencial. Y si la persona no llena ese vacío a tiempo, es posible que caiga en la desesperación. Estos son los efectos visibles de las adicciones, la nueva esclavitud que pasará a la historia de la humanidad de comienzos del tercer milenio (Cañas, 2013, p.104).

El tema del vacío existencial es retomado en las narrativas de agrupaciones como AA, como un elemento constitutivo de la adicción.

La vida no tiene sentido, no encuentra razón de ser ni de existir. Muchos de nosotros los alcohólicos no nos sentimos a gusto en nuestra propia piel; no nos gusta quienes

somos rechazando nuestra esencia de vida. Vivir para nosotros es muy difícil y a veces insoportable. Muchos de nosotros llegamos a sentirnos como muertos en vida (Alcohólicos Anónimos del Valle de Coachella, 2011).

El vacío existencial se observa como un síntoma, ya sea de la enfermedad espiritual que padece el adicto, o del contexto sociocultural actual. No obstante, es importante resaltar el hecho de que a pesar de tal malestar, los sujetos tienen la capacidad de agencia sobre su vida, lo que posibilita esquivar o superar este tipo de problemáticas. Los sujetos, con todo y sus circunstancias, no son esclavos de ellas.

El ser humano necesita sentir la vida como algo que emana de su interior y de su sensibilidad, a través de las pequeñas cosas y vivencias de cada día. Ciertamente que nuestra compleja sociedad influye con fuerza en las personas que la constituimos, pero “lo social” no tiene la última palabra. La última palabra, por fortuna, la tiene la persona. A cada ser humano, como lo ha visto singularmente Viktor Frankl, debe serle dada la posibilidad de tomar las riendas de su propia existencia y dotarla de sentido (Cañas, 2013, p.106).

Para dotar de este sentido de vida, la perspectiva espiritual ofrece la posibilidad de vivir en busca de la trascendencia.

En relación con lo dicho por Hinojosa et al. (2008), citando a Ryff (1989), “el bienestar psicológico es concebido como un constructo multidimensional que se construye a través de las actitudes ante la vida, y demuestra el funcionamiento positivo de la persona”. Siguiendo lo dicho por Ryff (1989) en el texto de Hinojosa et al., este constructo está creado a partir de seis dimensiones, en las que resalta principalmente lo siguiente: la “autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal” (Ryff, 1989, citado en Hinojosa et al., 2018, p.72).

El proceso de recuperación de AA se basa en los Doce Pasos, uno de los ejes rectores del tratamiento, que evidencia la naturaleza espiritual del programa, puesto que hace énfasis en principios como “la oración, la meditación y la aceptación de un Poder Superior” (Gutiérrez et al., 2007 p.64). Ahora bien, cabe aclarar que este componente espiritual trasciende la adherencia a las creencias, prácticas y preceptos religiosos.

Si bien se da un respeto y valorización de las creencias religiosas de cada persona que pertenece a este tipo de comunidades, la espiritualidad que se fomenta no tiene que ver con un tipo de adoctrinamiento religioso sino con su desarrollo a través de herramientas alternativas para la transformación de la calidad de vida, como lo son el compartir experiencias, la aceptación, el acompañamiento, la disponibilidad para ayudar y pasar el mensaje, entre otras. En palabras de Reyna Gutiérrez, Patricia Andrade, Alberto Jiménez y Francisco Juárez (2007), el programa “contempla un fenómeno de conversión, es decir, el cambio de un tipo de vida indeseable hacia otro más favorable”.

Pese a que este tipo de comunidades son muy populares alrededor del mundo y constituyen uno de los principales ejemplos de terapias alternativas para el tratamiento de las adicciones, la perspectiva espiritual que forma parte de su terapéutica no ha sido ni desarrollada ni reconocida desde el ámbito institucional y académico, y lo cierto es que el conocimiento que surge de este tipo de asociaciones de la sociedad civil es usualmente menospreciado e ignorado.

De tal manera que, en general, hay muy pocas investigaciones que versen sobre el rol de la espiritualidad en el proceso de rehabilitación del adicto (Gutiérrez et al., 2007 p.65). La vida espiritual queda enferma y perturbada, ignorada a pesar de ser un pilar fundamental

de la institución Alcohólicos Anónimos, que es la sociedad civil más longeva en atender adicciones, y una pieza clave para la comprensión y el abordaje de este fenómeno.

Como se ha mencionado a lo largo del capítulo, las adicciones han de ser abordadas desde la complejidad que representan. Para su comprensión, es preciso apostar por una visión menos reducida, que permita el diálogo entre las dimensiones psicológicas, emocionales, físicas, sociales, políticas y espirituales que la conforman.

BALANCE Y CONCLUSIONES

A partir de la revisión bibliográfica fue posible identificar la construcción de las narrativas alrededor de la definición de adicción, un discurso en común que engloba las siguientes características:

- Una conducta problemática para la persona que consume y su entorno.
- El consumo del objeto de adicción (actividad / sustancia / persona) en la búsqueda del placer a pesar de su costo físico, mental, familiar, económico y / o social, con afectaciones en distintas esferas de la vida.
- El desarrollo de esta en etapas progresivas que se van problematizando exponencialmente.
- Los o las usuarios no parecen ser capaces de detener su consumo y lo minimizan o niegan.
- Se comprende como un trastorno y / o enfermedad.
- Hay una búsqueda de placer, alivio o bienestar inmediato.
- Altera la capacidad de planeación y toma de decisiones.

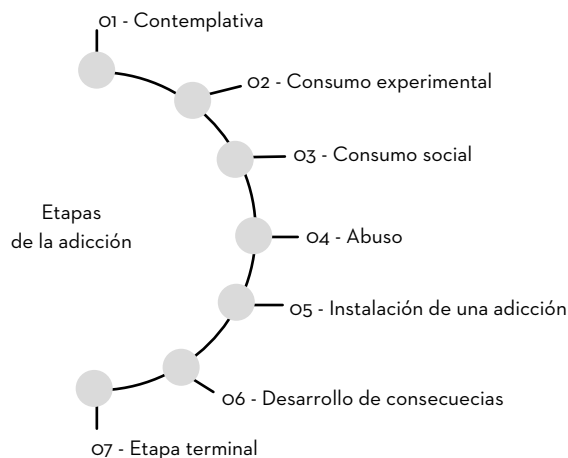
Las adicciones no son un padecimiento estático ni repentino sino que de a poco se van instalando en la vida de las personas. La figura 1.1 intenta reflejar el espectro del proceso de instalación de la adicción y captar la naturaleza dinámica de su definición, mediante la identificación de las etapas que están involucradas en su desarrollo.

Definitivamente la adicción requiere como antecedente un consumo escalonado; sin embargo, la rapidez con la que escala se puede ir engarzando con el abuso, el cual se caracteriza por intoxicaciones agudas con datos neuropsicológicos y / o daños significativos psicosociales. Es difícil delimitar la etapa terminal de un proceso adictivo, lo cierto es que la capacidad destructiva de una adicción que no recibe contención puede llegar a la muerte, a través de complicaciones por sobredosis, suicidio, accidentes, etcétera. En una carrera desenfrenada de autodestrucción.

El espectro del cuadro adictivo nos coloca ante distintos momentos, que aumentarán en complejidad con cada fase de su evolución y que estarán enmarcados en un contexto determinado, el cual ha incorporado los estilos de vida y valores occidentales, dentro de un contexto globalizador de culturas, caracterizado por la mercantilización del placer.

No cabe duda de que las adicciones son un fenómeno complejo de entender e intentar solucionar; su carácter abstracto, poco visibilizado y en constante negación, lo complican aún más. No es una enfermedad creada por un virus, un accidente o mero resultado de una predisposición genética. Aunque la adicción es un problema que se manifiesta en sujetos con diferentes características entre sí, hace referencia a una problemática social, mental, emocional, física y espiritual que trasciende los déficits y problemáticas de los sujetos consumidores.

FIGURA 1.1 ETAPAS DE LA ADICCIÓN



El mundo de las adicciones contempla la complejidad de los sujetos consumidores y en situación de adicción, así como de los contextos y procesos sociales que tienen que ver de forma directa o indirecta con el desarrollo de estructuras o estilos de vida autoimpuestos, implicados en el desarrollo y arraigamiento de las adicciones. Además de, como ya hemos visto, ser un fenómeno dinámico y en constante transformación.

A la degradación de los valores sociales, se le suma el uso de las técnicas digitales para poner a disposición aquello que causa placer y satisfacción inmediata y que se articula en una mercadotecnia complejamente armada para secuestrar la atención y el tiempo de sus usuarios; además, seducir y generar necesidades que aparecen como un escudo para ocultar carencias, estados de ánimo desagradables, vacíos internos, o bien todas juntas. Hablamos así de un sin número de formas de consumo, con acceso y disponibilidad inmediata que va gestando conductas dependientes, repetitivas hasta dar inicio el proceso de instalación y desarrollo de la adicción.

En la actualidad, las adicciones no se limitan al consumo de sustancias sino que se han incorporado al espectro adictivo, el reporte y clasificación de las nuevas adicciones, o adicciones comportamentales. La revisión del 2012 para la integración del DSM V y el CIE 10 incluyen varias de las adicciones no asociadas a sustancias de las que ya hemos dado cuenta en otro apartado, y resulta claro que el grado de abuso y dependencia de los objetos de adicción y sus implicaciones en la vida diaria son innegables.

A pesar del alcance del fenómeno de las adicciones, pareciera que históricamente estas han sido reconocidas y atendidas primero por la misma sociedad y operadores de tratamiento, antes que por los gremios académicos institucionales. La afectación impacta principalmente y en un primer momento al grupo nuclear de la familia para luego expandirse a otros contextos, sin que existan recursos disponibles y suficientes para su contención. Así han aparecido grupos independientes como son Alcohólicos Anónimos,¹ Narcóticos Anónimos y todas sus ramificaciones, en un intento de dar respuesta a las necesidades de las personas adictas.

1. Fundada en 1935.

Estos actores de la sociedad civil han colaborado en los actuales modelos explicativos y de tratamiento desde principios líricos que se han visto enriquecidos por el resto de las perspectivas que confluyen en el tema desde lo institucional y lo académico.

En la revisión de textos, fue posible identificar el concepto de marginalidad, como factor de vulnerabilidad de las adicciones. Aunque hay posturas que consideran que la marginalidad sí es un factor determinante y otras que contemplan lo contrario, es preciso cuestionar si lo que ahora vemos como marginalización se ve expresada en la vida en general de las personas, no solo en cuestión económica sino en las relaciones, los valores, la pobreza emocional, social, espiritual, etcétera. Lo que sí es claro es que vivir en situación de adicción conlleva procesos de exclusión, principalmente de acceso a servicios de atención en salud que se vean nutridos de una visión desde la complejidad.

Una dimensión que no ha sido lo suficientemente abordada desde la academia, es la espiritualidad. Sin embargo, las adicciones hacen referencia a una problemática espiritual, en lo que parece una carrera autodestructiva del ser sin precedentes. Si bien, no constituyen un problema moral, sí representan una fractura ética que pone en entredicho la capacidad de trascendencia del ser humano y su deseo de vivir en armonía consigo mismo y el mundo. La complejidad del fenómeno adictivo no puede ser más que vista desde sus distintas dimensiones, a fin de resolver de fondo y no de forma su configuración.

La diversidad, pero sobre todo el diálogo de las posturas que están implicadas en el entendimiento de esta temática, desde lo académico, institucional o lo empírico, dan pie a lograr una comprensión profunda y amplia del fenómeno de las adicciones. Así como a realizar estrategias de prevención y recuperación más eficientes, que potencien la capacidad de agencia de los diversos actores que configuran el tejido social. Como disciplinas aisladas, ninguna de las perspectivas podrá dar cuenta suficiente del fenómeno de las adicciones. Por lo que se requiere una mirada que abarque con amplitud y profundidad tal problemática.

Finalmente, resalta el hecho de que para poder entender la complejidad del mundo de las adicciones es necesario recuperar las voces, y reconocer los discursos y a las experiencias de los distintos sujetos que están involucrados en el tema. A la vez, es imperativo que se genere más información que contemple a las y los sujetos con adicción y en procesos de recuperación. A las y los actores anónimos que ofrecen alternativas de recuperación y que se han dado a la tarea de conocer y reconocer la dinámica adictiva, creando un puente interdisciplinario entre los diversos espacios creadores de conocimiento.

REFERENCIAS

- Alcohólicos Anónimos del Valle de Coachella. (2011, 19 de diciembre). *Reflexión sobre la Espiritualidad y Alcoholismo*. <https://bit.ly/3poixgW>
- Apud, I. & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125. <https://bit.ly/3vxxRjs>
- Ben-Yehuda, O. & Siecke, N. (2018, 6 de marzo). Crystal methamphetamine. A drug and cardiovascular epidemic. *JACC: Heart Failure*, 6(3), 219-221. <https://bit.ly/3uqJg7q>
- Cañas, J. L. (2013, enero-abril). Psicoterapia y rehumanización de las adicciones. Un modelo para la bioética personalista. *Cuadernos de Bioética*, 24(1), 101-112. <https://bit.ly/34mBkJN>
- Casajuana, C., López-Pelayo, H., Balcells-Olivero, M., Colom, J. & Gual, A. (2018). Constituyentes psicoactivos del cannabis y sus implicaciones clínicas: una revisión sistemática. *Adicciones*, 30(2), 140-151. <https://bit.ly/3wCFpFJ>

- Caudevilla, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. <https://bit.ly/3yITqU2>
- Cogollo, Z., Arrieta, K. M., Blanco, S., Ramos, L., Zapata, K. & Rodríguez, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*, No.13, 470-479. <https://bit.ly/3vvUys6>
- Conadic. (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral*. <https://bit.ly/3hZ9GKP>
- Cruz, S. L. & Rivera, M. T. (2015, julio-diciembre). Las nuevas drogas: origen, mecanismos de acción y efectos. Una revisión de la literatura. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 1(1), 68-76. <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2015.1.08>
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez, B., Gómez-Arnau, J. & Sánchez-Mateos, D. (2015). Nuevas Drogas Psicoactivas. *Adicciones*, 27(3), 231-232. <https://bit.ly/3wEDkcl>
- Echeburúa, E. (2012). ¿Existe realmente la adicción al sexo? *Adicciones*, 24(4), 281-285. <https://bit.ly/3ibPPs7>
- Ferrero, T., Pérez, L. & Sánchez, B. (2013). Drogas emergentes: el papel de Internet. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*, No.12, 117-119. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5102099>
- Gómez, R. A. (2013). *Drogas, consumo y época: alcohol en atracción (binge), policonsumo y adicciones sin sustancias. Los nuevos fenómenos y sus desafíos* [Documento presentado en el V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología / XX Jornadas de Investigación / Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR]. <https://bit.ly/3c1qSM1>
- Guber, V. (2015). *Construcción y mantenimiento de la motivación para el cambio de las conductas adictivas con foco en el alcohol y otras drogas (AOD)* [Trabajo de fin de grado, Universidad de la República de Uruguay]. <https://bit.ly/3coAl65>
- Gutiérrez del Río, C. (2003, octubre). Adicción a drogas: consumo y consecuencias en continuo cambio. *Anales de Medicina Interna*, 20(10). <https://doi.org/10.4321/S0212-71992003001000001>
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A. & Juárez, F. (2007, julio-agosto). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos (AA). *Salud Mental*, 30(4), 62-68. <https://bit.ly/34mDyJb>
- Hinojosa, L., Alonso, M. M., Armendáriz, N. A., López, K. S., Gómez, M. V. & Álvarez, J. (2018). El efecto de la espiritualidad y el apoyo social en el bienestar psicológico y social del familiar principal de la persona dependiente del alcohol. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 18(1), 71-79. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.341>
- Hernanz, M. (2015, abril-junio). Adolescente y nuevas adicciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 309-322. <https://bit.ly/3yzdl89>
- Hopenhayn, M. (2008). La droga como gesto en juventudes desencajadas. *Revista Análisis*. No.7, 97-107. <https://bit.ly/34qooEg>
- IMJUVE. (2018, 28 de marzo). *Conoce las diferencias entre uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas*. Gobierno de México. <https://bit.ly/2RJI020>
- IMSS. (s.f.). *Definición de Adicción a Sustancias o Drogas*. <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones>
- Lautieri, A. (2019). *Definition of addiction*. MentalHelp.net. <https://www.mentalhelp.net/addiction/>

- León, M. (s.f.). *Los efectos del cristal: la droga más tóxica*. Ayuda psicológica. <https://ayuda-psicologica-en-linea.com/adicciones/efectos-cristal-consecuencias-droga/>
- López, M. J., Satín, C., Torrico, E. & Rodríguez, J. M. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud*, 13(1), 5-17. <https://bit.ly/3hW5ZFB>
- Martínez, P., Gómez, A. & Ortega, S. (2005). Adicciones y patrones familiares de conducta. *Psicología Iberoamericana*, 13(1), 5-11. <https://bit.ly/2SDzKQQ>
- Martín, J. (2016, 25 de abril). El experimento de Portugal con las drogas tiene consenso 15 años después. *El país*. <https://bit.ly/3uuf8Yw>
- Márquez, S. & de la Vega, R. (2015). La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2384-2391. <https://bit.ly/2RIXfZ1>
- Medina, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia, R. (2001, agosto). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19. <https://bit.ly/2TszEfH>
- Merriam-Webster. (s.f.). Codependency. *Merriam-Webster Dictionary*. <https://bit.ly/3bZeGLG>
- Montero, F. Á., Cruz, A. de los Á., Tiburcio, M. A. & García, J. (2018, julio-diciembre). Percepción de estudiantes de bachillerato sobre contenidos relacionados con el consumo de alcohol y marihuana en las redes sociales. *CienciaUAT*, 13(1), 50-64. <https://bit.ly/2QZrqL3>
- Moral, J. (2006, abril). Adicción a las drogas: El problema y sus posibles soluciones desde una perspectiva biopsicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(1), 1-20. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num1/art1-no1-2006.pdf>
- Moral, M. V. & Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 533-553. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511929010.pdf>
- Navarro, Á. & Rueda, G. (2007). Adicción a Internet: revisión crítica de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 691-700. <https://bit.ly/34IKOF8>
- NIDA. (2018, 24 de noviembre). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. <https://bit.ly/drogasycerebro>
- UNODC. (2016). *Informe Mundial Sobre las Drogas 2016*. <https://bit.ly/3vwt4Tc>
- UNODC. (2020). *Informe Mundial Sobre las Drogas 2020*. <https://bit.ly/3vt8iEg>
- OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031052008-glosario%20drogas.pdf>
- Ortíz, N. & Silva, M. C. (2005, septiembre-octubre). Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(especial), 903-911. <https://bit.ly/2SxGj7Q>
- Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. & Tomás, V. (2008). Fundamentos psicológicos del tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. En E. Becoña & M. Cortés. (Coords.), *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*, (pp. 9-117). SOCIDROGALCOHOL.
- Pons, X. (2008, julio-diciembre). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186. <https://bit.ly/34mWAij>
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2007, agosto). La adicción al trabajo "workaholism". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 135-142. <https://bit.ly/3yHtuIx>
- RAE. (2014). *Diccionario de la lengua española* (edición 23).

- Rengifo, A., Tapiero, C. & Spinel, C. (2005). Receptores GABAA (ácido-aminobutírico) y su relación con la dependencia al alcohol. *Ingeniería y Ciencia*, 1(1), 77-96. <https://bit.ly/2RQN6tc>
- Ruiz-Contreras, A. E., Méndez-Díaz, M., Prieto-Gómez, B., Romano, A., Caynas, S. & Prospero-García, O. (2010, noviembre-diciembre). El cerebro, las drogas y los genes. *Salud Mental*, 33(6), 535-542. <https://bit.ly/2RQNgRk>
- Sierra, D. R., Pérez, M., Pérez, A. & Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17(4), 349-360. <https://bit.ly/34p9pJ7>
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2007). "Consumo de drogas": la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, 14(1), 239-242. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943026.pdf>
- Vacca, R. (2005). Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego: una de las adicciones no convencionales. *Salud y Drogas*, 5(1), 77-97. <https://bit.ly/3vuQlFi>
- Valverde, L. A. & Pochet, J. F. (2003). Drogadicción: hijos de la negación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 1(99), 45-55. <https://bit.ly/3icgoin>
- Vélez, J. (2014). *Breve Historia de la adicción*. Errancia. <https://bit.ly/3bZw6Id>
- Washton, A. M. & Boundy, D. (1995). *Querer no es poder: cómo comprender y superar las adicciones*. Altaya.
- Young, E. (2017, 7 de octubre). Islandia sabe cómo acabar con las drogas entre adolescentes, pero el resto del mundo no escucha. *El país*. <https://bit.ly/3yHviR>

Adicciones. Agencias en resistencia

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ

El presente trabajo parte de la pregunta sobre la capacidad de agencia de la persona con adicciones, y pretende establecer un diálogo desde la noción de agencia con las diversas miradas disciplinares e interdisciplinares en torno a las adicciones y las variadas estrategias de atención al problema. Este capítulo se conformó a partir de una revisión de documentos académicos y de divulgación que hicieran referencia de forma explícita o implícita a la capacidad de agencia. Partimos del supuesto de que la agencia está presente de manera transversal en la vida de cualquier ser humano, aun tratándose de personas que han vivido altos grados de autodestrucción asociados a su adicción.

Cuando se aborda el tema de las adicciones, la capacidad de agencia de los sujetos adictos suele desconocerse detrás de la preocupación por el consumo, la dependencia, la pérdida de control, la autodestrucción, el deterioro psicocorporal y el desdibujamiento del ideal de vida social. Es común que se le confiera mayor actoría a la droga y al consumo que a la persona del adicto, a quien se le tiende a concebir, de manera exclusiva, como un ente “pasivo” y esclavo de sus incapacidades y su adicción, o visto a través de una serie de prescripciones a seguir para recuperar “la vida”.

Acercarse al tema de la agencia demanda un acercamiento al sujeto adicto considerado como un actor protagónico de su vida, aun en los episodios más extremos de destrucción. El colocar a la capacidad de agencia como ingrediente en la discusión sobre la problemática de las adicciones y la vida de la persona adicta nos puede ofrecer un entendimiento más complejo y propuestas de recuperación que favorezcan el posicionarse de manera digna en el mundo.

La problemática de las adicciones nos introduce a un mundo complejo del que se ha dicho mucho, pero de manera paradójica, no se refleja en un entendimiento al problema de manera más abierta y con más posibilidades de incidencia. Hoy en día han proliferado una multiplicidad de esfuerzos enfocados tanto al tema de las adicciones como al de “los adictos” desde distintas trincheras. Las estrategias de prevención y tratamiento ofertadas poseen un sinfín de matices.

Hemos localizado una tendencia a enfocarse en los efectos de las drogas y de sus consecuencias en los distintos ámbitos de vida del sujeto; ponderar las múltiples formas en que ha “perdido el control” el sujeto adicto y, en continuación, el planteamiento de un listado interminable acerca de cómo puede recuperar el “control de su vida”, en muchos casos no se ve a la persona adicta como alguien integral, ni como un sujeto.

En no pocos acercamientos, la manera de concebir y atender las adicciones ha dejado de lado la capacidad de agencia de los sujetos. Si bien las adicciones tienen relación con la dependencia, siempre existen resquicios de agencia aún en los niveles extremos de destructividad. Localizamos una cantidad significativa de estrategias de tratamiento atención o rehabilitación en torno a las adicciones, enmarcadas en diversas escuelas de pensamiento o tradiciones. En la mayoría de estos planteamientos los procesos, procedimientos y recursos

se presentan con alto grado de eficacia e “impecabilidad” en la formulación; otros más navegan en visiones fragmentadas e idealidades. La eficacia y pertinencia de las lecturas de la problemática y su atención tendrá tono reduccionista si no se pone a la persona del adicto como actor protagónico de su problemática y de la recuperación de su vida.

En la manera de concebir al sujeto adicto se filtran una serie de preceptos y prejuicios morales, religiosos, sociales, biológicos, psicológicos, bioquímicos, psiquiátricos, filosóficos, entre otros, que matizan los distintos abordajes de la problemática y su tratamiento.

Hablar de capacidad de agencia es centrarse en el sujeto y sus capacidades; su deseo de pertenecer, de tener membresía, de tener un lugar en el mundo, de sentirse protagónico de su vida, de buscar la libertad. Desde el abordaje a distintas perspectivas sobre las adicciones, el sujeto adicto y la rehabilitación, consideramos necesario partir de las siguientes preguntas: ¿dónde está el sujeto? y ¿qué lugar de actoría se le confiere? Para buscarle donde se encuentre, aun entre los despojos humanos que representan los niveles de autodestrucción que acompañan la dependencia de las personas a las sustancias y la felicidad dopada que ofrece el mundo de las adicciones.

En este recorrido encontramos una serie de estrategias —desde distintas escuelas de pensamiento— que plantean —desde diversas nominaciones— el desarrollo de capacidades en la persona, las cuales tienen relación con el control de sí mismo, la autonomía, el autoconocimiento, entre otras, en general, la vuelta al sujeto, a su responsabilidad sobre sí, a su cuidado. Otras perspectivas nos muestran que la agencia del sujeto está en la decisión de consumir y en la búsqueda de espacios donde puedan estructurar formas de vida distintas a las predominantes en su historia infantil. Entendiendo con ello, que las adicciones son un camino hacia la construcción de nuevas subjetividades, camino que es antecedido por una búsqueda, donde las decisiones se encuentran camuflajeadas de huida y de estrés frente al mundo social y sus demandas.

La agencia puede adoptar una multiplicidad de caras. En el momento en que desaparecemos o desconocemos la posibilidad de agencia de cualquier persona, negamos lo humano y le quitamos oportunidades a la esperanza.

La organización de este documento inicia con la introducción y los antecedentes, para proseguir con un esbozo acerca del contexto social como punto de partida para entender las adicciones; seguimos con el tema de las adicciones, continuamos con un breve recorrido sobre la noción de capacidad de agencia como preámbulo para iniciar un diálogo con acepciones como la resiliencia, la asertividad, la inteligencia emocional y con perspectivas como el *mindfulness*, lo cognitivo-conductual, lo bioquímico, lo médico y lo neurológico, la psiquiatría, el psicoanálisis, la propuesta de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, el cristianismo, el posthumanismo y lo social comunitario; finalizamos con algunas conclusiones.

ANTECEDENTES

Como sustento del presente texto recurrimos a la investigación documental iniciando con la búsqueda de textos a partir de palabras clave como agencia, agente, adicción y proceso adictivo. No obstante, nos dimos cuenta de que el tema de la agencia ligado a las adicciones está poco trabajado por la comunidad académica.

Por ello, al momento de realizar la búsqueda de materiales, abrimos la indagación a la manera en que una persona adicta pierde su agencia y la manera en que pone en juego sus capacidades de agencia para desenvolverse en “el mundo de la adicción”. En el análisis de la

información incluimos documentos relacionados con el entendimiento de la adicción, el proceso adictivo, la actividad adictiva, la recuperación de los adictos y la calidad de vida. Es decir, realizamos búsquedas donde de manera implícita o explícita los autores dieran cuenta de la agencia del sujeto o de alguna de sus facetas. En total, revisamos 76 textos, provenientes de bases de datos como Medline, Cinalh, Psych Info, Lilacs y Scielo.

En nuestra búsqueda y selección de textos, nos encontramos con una multiplicidad de tradiciones y posicionamientos teórico-metodológicos para el entendimiento de los sujetos, las adicciones y su tratamiento.

En relación con los países, se notó una amplia producción en el tema de adicciones en España, seguido por México y Ecuador, y en menor medida, países como Argentina, Inglaterra, Costa Rica, Uruguay, Perú, Cuba, Estados Unidos. *Grosso modo*, vemos que en la literatura, los trabajos en el tema de las adicciones, ligados de manera indirecta a la agencia, hacen hincapié en los procesos de recuperación, en los altibajos que representan las recaídas, la necesidad de mantener la sobriedad ante el consumo, la atención a las emociones y a la búsqueda de estrategias que faciliten la recuperación de las adicciones mediante el acercamiento a instituciones y organizaciones civiles que atienden tal problemática.

En cuanto a las disciplinas que abordan el tema, observamos que en su mayoría ha sido indagado por profesionales de psicología, disciplina que representa más de la mitad de los estudios encontrados. Eso demuestra que el tema de las adicciones se estudia con mayor énfasis desde el área de la salud mental, pues además de la psicología también están presentes la psiquiatría y la neuropsicología. La particularidad que muestran los estudios desde la salud es la imperiosa necesidad de indagar acerca de las afectaciones de las drogas en la salud física, cognitiva y emocional, así como dar cuenta de las consecuencias de las adicciones más allá del consumo y de su afectación en el organismo.

En menor medida, también están presentes otras disciplinas como la educación, la sociología, y la antropología, las cuales se enfocan en procesos educativos que faciliten la reinserción social de los adictos con apego a los derechos humanos, o bien, ofrecen una mirada social de la problemática desde la toma de decisiones consciente por parte de los sujetos adictos para consumir sustancias.

Acerca del tipo de documentos, un aspecto que llama la atención es el interés de la comunidad científica para atender el problema de las adicciones. Aunque la búsqueda de textos académicos fue intencionada en primera instancia, encontramos que además de artículos publicados en revistas indexadas, también hay un número significativo de tesis y, en menor medida, de artículos de divulgación. En relación con el tipo de texto, sobresalen los de investigación, seguidos de los textos reflexivos, los de intervención y los teóricos.

La prevalencia de textos donde se presentan avances de investigación es una muestra del interés de la comunidad científica por profundizar en el tema de las adicciones, sus causas, sus efectos, su proceso y sus alternativas para la rehabilitación. Los escritos reflexivos se enmarcan en el área de la psicología y están orientados a exponer algunos rasgos del trastorno adictivo desde posturas teóricas particulares como el psicoanálisis o lo cognitivo conductual, por ejemplo. Mientras que los enfocados a la intervención pretenden dar cuenta de estrategias para mantener la sobriedad y ofrecer alternativas ante las recaídas durante el proceso de rehabilitación.

En cuanto a los documentos producto de investigaciones, cabe mencionar que la metodología más utilizada es la cuantitativa, seguida de la cualitativa, y en menor medida, la mixta. La tendencia hacia la metodología cuantitativa da cuenta de resultados que exponen las causas

y consecuencias de las adicciones en los sujetos en los niveles neurocognitivo y conductual, que pretenden proveer de información para elaborar estrategias de rehabilitación. Asimismo, sobresale que el uso de la metodología cualitativa va tomando terreno desde la importancia del acercamiento a la experiencia de los sujetos de estudio. La metodología mixta, es decir, la combinación entre la cualitativa y la cuantitativa, es reducida, pero muestra la preocupación por atender la problemática de las adicciones enfocándose a amplios sectores de la sociedad, sin perder de vista la centralidad del sujeto.

Por otro lado, la incipiente inclusión de aportes desde las ciencias sociales provee de una mirada alterna a la mirada desde la salud y a las afectaciones en el organismo, focalizando en una condición de huida y búsqueda de estados de bienestar por parte de los sujetos, mostrando la necesidad de acercamientos inter y transdisciplinarios para la comprensión del sujeto y de las adicciones. Para ello, es inevitable posicionarnos en el contexto actual, pues el problema de las adicciones es de larga data y ha mostrado cambios significativos a través del tiempo.

LAS ADICCIONES, UNA MIRADA CONTEXTUAL

La dinámica de las adicciones en los últimos cuarenta años ha cambiado en el mundo entero y en nuestro país en particular; la novedad es la inclusión de nuevos consumidores, como es el caso de niños y mujeres; así como las drogas de diseño. No se diga la manera en que el maridaje entre neoliberalismo y globalización ha impreso un sello particular al tema de los consumos y en particular, del consumo de drogas. Han proliferado las ofertas de bienestar a corto plazo y la movilidad identitaria, pero junto con ello, la sensación de incertidumbre y desprotección.

El actual modelo de desarrollo económico de la sociedad capitalista ha promovido una sociedad de consumo donde se considera exitoso producir y consumir muchos objetos, independientemente de que sean necesarios, o no (Bauman, 2019). Además, la sociedad de la información (Castells, 2006) se ha intensificado y ha incidido en las relaciones entre los sujetos y en la relación con ellos mismos (Giddens, 2001). Hoy en día las personas han pasado de ser emisores y receptores de información, a creadores y compartidores activos de todo tipo de contenidos. Con las nuevas tecnologías de la información, ahora más que nunca, los sujetos tienen la capacidad de crear información y compartir la que más le convenga o con la que más concuerden.

Desde esta perspectiva, las adicciones ya no pueden concebirse como una problemática que es consecuencia de la ignorancia o manipulación. La inconsciencia sobre los efectos negativos del consumo de sustancias y las adicciones es también una forma de conciencia, sostenida en valores e ideales sociales, con prioridad en el placer y la satisfacción.

En consecuencia, no podemos encasillar el problema de las adicciones como un asunto individual, pues en él intervienen pautas culturales predominantes de la sociedad actual. Los patrones y estilos de vida que sustentan las formas de vida en la actualidad promueven la insatisfacción continuada y estilos de vida donde las personas creen necesitarlo todo. Este contexto desde luego incide en la manera de entender las adicciones.

Un punto de partida para discutir el tema de la agencia en los sujetos con adicción es revisar qué se entiende por *adicción*. En especial porque la manera en que se conceptualiza este término está muy ligada a cómo se concibe la agencia desde distintas disciplinas y desde la mirada de diversos autores.

Para el acercamiento a la definición de las adicciones tuvimos la necesidad de posicionarnos desde un panóptico inter y transdisciplinar para identificar los distintos nodos en los que se interconecta lo neurológico, lo psicológico, lo emocional, lo cultural y lo histórico; en la vigilancia por mantener una mirada abierta, es decir, por no colocarnos en posiciones ni apoloéticas ni fatalistas con relación al sujeto adicto. Eso nos remite a colocarnos en la disposición a dejarnos guiar para mirar aquello que le interpele, lo que siente, lo que vive y aquello que lo motiva al consumo, sin desconocer que se trata de un sujeto inmerso en una sociedad de la cual es parte y al mismo tiempo, es biografía individual.

El recorrido por las distintas nociones en torno a las adicciones nos muestra los posicionamientos epistemológicos de los que se parte, permitiéndonos entender que la problemática de las adicciones requiere posturas flexibles y al mismo tiempo críticas, que consideren los aportes realizados hasta el momento.

Al indagar acerca de la manera en que los autores conceptualizan el término de adicciones, nos encontramos con la prevalencia de miradas biologicistas que consideran, metafóricamente, a las adicciones como un agente capaz de “poseer” el organismo del sujeto, al tiempo en que lo engulle de manera progresiva mediante el consumo, generando cambios cognitivos, emocionales, comportamentales y actitudinales en beneficio del huésped.

Algunos autores, entre ellos Miriam García (2017), Luis Alberto Valverde y José Francisco Pochet (2003), sostienen que la adicción es la dependencia a una sustancia, una actividad, o una relación. Estos autores parten de considerar que el consumo, al hacerse recurrente y progresivo, se convierte en adicción, pero la adicción, lejos de considerarse como un proceso lineal y mecánico, se trata de un recorrido paulatino que requiere desmenuzar los distintos momentos en los cuales está presente la agencia del sujeto. Sobre todo, porque la triada de consumo, adicción y agencia nos introduce a un mundo donde converge un vacío, un dolor, una búsqueda y un deseo de algo, donde el comienzo del consumo suele ocultar el sentir de los sujetos y de las condiciones que lo llevaron a la adicción, así como las situaciones contextuales que promueven el consumo.

En relación con el proceso adictivo, la revisión bibliográfica muestra que este pasa por distintos estadios para convertirse en adicción. Al respecto, el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (2003, citado en Orozco, 2016) considera que para llegar a la adicción, el sujeto requiere depender del consumo llevándolo a una dinámica que lo hace realizar hasta lo imposible para obtener la sustancia. Michelle Madelayne Orozco (2016) afirma que el sujeto adicto deja de lado las actividades que realizaba para enfocarse en mantenerse estimulado por la droga separándose de su familia, trabajo, amistades e incluso dejándose a sí mismo. A esta fase del proceso adictivo, la Organización Mundial de la Salud (citado en Flores, 2010), la denominó como “síndrome de dependencia”, para referirse a la pérdida del control consciente sobre los propios actos y del control voluntario que se tiene sobre el uso de una droga.

Por su parte, Valverde y Pochet (2003) apuntan que este síndrome de dependencia deriva en un hábito obsesivo y compulsivo por el consumo, puesto que se trata de comportamientos desmedidos e incontrolables. Además, describen la obsesión como un flujo incesante de pensamientos repetitivos relacionados con un determinado objeto o cosa; es decir, una idea fija se apodera de la persona, independiente de la voluntad. Mientras que la compulsión es un impulso irracional de seguir haciendo algo sin importar las consecuencias. A pesar de que la dependencia en los adictos no les permite dejar de consumir, a decir de García (2017),

un rasgo característico es que piensan que pueden dejar de hacerlo, aunque no lo logren sin pedir ayuda.

Diversos estudiosos plantearán que esta dependencia tiene una relación estrecha con una estructura cerebral. Algunos autores, entre ellos, Orozco (2016) y Victoriana García, Bárbara Luque, Minerva Santos Ruiz y Carmen Taberero (2017), sostienen que el cerebro tiene una alta sensibilidad a sustancias, de tal forma que favorece la adicción o produce un efecto neurotóxico, provocando una falta de protección natural con afectaciones biológicas, emocionales y cognitivas en el organismo y disminuyendo de manera progresiva la voluntad, autocontrol, regulación, y funciones ejecutivas en el sujeto adicto. La predisposición del organismo no es la única causa que facilita la adicción en los sujetos sino que también está la predisposición a relaciones dependientes. A decir de Ruth Mirella Coello (2016), se considera que los sujetos codependientes carecen de criterio y son incapaces de tomar sus propias decisiones, convirtiéndose en presas fáciles de la manipulación y dejándose arrastrar con facilidad por las adicciones.

A partir de estas perspectivas, podemos reconocer que hablar de adicciones implica reconocer un proceso donde se interconectan la actividad adictiva, las condiciones contextuales, las relaciones dependientes y la predisposición del organismo. Un aspecto importante es que la adicción no se circunscribe al consumo de sustancias sino que abarca situaciones, cosas o relaciones. Esta perspectiva complejiza el tema de las adicciones obligando a mirar la manifestación de otras formas de dependencia.

LA PÉRDIDA DEL SUJETO SOCIAL Y LA BÚSQUEDA DE SU LUGAR EN EL MUNDO

Las adicciones generan una fractura en los diversos ámbitos de vida de la persona que vive esta condición y en sus relaciones más significativas, lo cual se agudiza frente a la constante comparación y, por lo tanto, segregación frente a la población no adicta. Al respecto, Francisco Rubio (2001) sostiene que esta situación se presenta en especial en sujetos que consumen sustancias porque son estigmatizados como drogodependientes, con lo que pierden su lugar en la sociedad y se les considera con minusvalía social. Prosigue el autor afirmando que, aunado a esta connotación negativa y de exclusión, el sujeto adicto comienza a presentar deficiencias sociales debido a la pérdida de habilidades relacionales, situación que lo pone en desventaja en distintos ámbitos de vida como el educativo, el religioso, el laboral y el familiar, lo cual provoca un progresivo aislamiento social.

Por otra parte, no siempre los sujetos adictos pertenecen a los grupos excluidos debido al consumo sino que la exclusión es un rasgo que puede sumarse a las condiciones de segregación preexistentes, además del consumo. Por otro lado, Manuel Rivera (2010) afirma que de forma paradójica, las adicciones son una alternativa para quienes se sienten excluidos por la sociedad y ejercen su derecho a establecer relaciones con otras personas para construir un estilo de vida. Es decir, es una manera de sentirse incluidos, aunque los precios acaban siendo muy altos.

A pesar de que los sujetos adictos son estigmatizados y castigados por la sociedad, no se trata de sujetos sin nada de conciencia que desde el primer consumo son arrastrados por las adicciones sin recibir nada a cambio. Algunos autores van a plantear que en un principio prevalece la búsqueda de un estado de bienestar o una huida, lo cual es ya un movimiento agencial por la vida o por escapar de algo que ya no se consideraba vida.

En este sentido, Leticia Hernández (2015) y Orozco (2016) recomiendan tener cuidado en no darle atribuciones de agencia a los objetos como sucede con la sustancia porque los resultados del consumo distraen la mirada de aquello que lo movilizó, como sucede con la búsqueda por satisfacer un deseo y perseguir estados de euforia. Esta postura se aleja de la mirada que victimiza al sujeto sometido por las adicciones. Al respecto, los mismos autores sostienen que hablar de adicción implica reconocer una situación en la que el sujeto adicto debe hacerse consciente, en principio, de la satisfacción que el consumo le produce.

Otros autores, como Darin Weinberg (2008) y Ana Martínez (2016), advierten que las emociones, la manera de relacionarse con los demás y algunos de los rasgos identitarios de los sujetos con adicciones no son, en su totalidad, consecuencia del consumo sino que más bien el consumo de drogas y la adicción son medios para articular subjetividades. Desde esta perspectiva, el sujeto es quien busca las sustancias para salir de un lugar, para sentirse de otra manera, para buscar otros espacios que le permitan salir de su realidad.

En esta línea de pensamiento se encuentra Ana Serrano (2017), quien afirma que las adicciones en los sujetos se caracterizan por una pérdida de control en distintos intentos por regular la sensación de ansiedad, depresión y estrés, los cuales desaparecen de forma temporal con el consumo. Estas tres emociones aparecen de manera recurrente en los estados anímicos del sujeto adicto. De manera que los sujetos comienzan a recorrer un círculo vicioso de consumo para aliviar sus emociones, perdiendo el propio control y sintiéndose cada vez más desvalorizados. En ese sentido es que Martínez (2016) sostiene que las adicciones propician en los sujetos un cambio en su autopercepción y su identidad.

Nuestro posicionamiento es colocar al sujeto adicto como un agente que al arribar al mundo del consumo y de las adicciones se conforma una reestructuración de subjetividades y modos de vida, que suelen correr de manera paralela o contrahegemónica, que le suele ir colocando en lugares no aceptados ni legitimados socialmente. De forma paradójica, inicia un camino de destrucción y autodestrucción en la búsqueda de un espacio para posicionarse en el mundo, en su mundo.

Para finalizar este apartado, apuntalamos que las conceptualizaciones en torno a las adicciones presentan distintas posturas epistemológicas. Algunos autores les conciben como agentes no humanos materialmente encarnados que se imponen a los comportamientos de los sujetos cambiando sus creencias, formas de ser y de pensar, esto debido a las consecuencias visibles en el organismo y su afectación en la salud física, emocional y cognitiva; mientras que otros autores, desde posturas liberales, conciben a las adicciones como parte del derecho que los sujetos tienen de elegir medios alternativos que les provean de bienestar; otros consideran que las adicciones son parte de una condición de exclusión social que se suma a otras más. Por dar un ejemplo.

Estas miradas nos muestran un tránsito de la concepción de las adicciones y del sujeto adicto que parte de una victimización ante la vulnerabilidad neurológica del organismo, pasando por una postura de atención ante una enfermedad progresiva que deriva en una dependencia del sujeto dejándolo en un estado de involuntariedad y por la concepción de un sujeto consciente de su decisión por el consumo como alternativa para estructurar modos de vida, así como la lectura desde la exclusión de una sociedad estratificada que segrega a grupos mediante diversos mecanismos.

Un aspecto que sobresale, en muchas nociones en torno a las adicciones, es la centralidad en las sustancias, en el consumo; también se perciben algunos avistamientos en el entendimiento de las adicciones ligados a la actividad y al campo de la vincularidad, donde sobresale

en tema de la dependencia y la codependencia. Sin duda, el abanico del consumo, de las adicciones, de los actores implicados se está ampliando y complejizando aún más; se están haciendo visibles prácticas adictivas que hasta hace poco no eran consideradas como tales.

Otro aspecto para resaltar es la polarización existente al abordar el proceso adictivo en dos grandes vertientes: la mirada biologicista y la perspectiva social. Aunque en los últimos tiempos encontramos esfuerzos interesantes por integrar y entretrejer ambas perspectivas con resultados creativos.

Desde la mirada biologicista, resaltan las causas y afectaciones neuronales y cognitivas, las cuales, de manera progresiva, derivan en una despersonalización del sujeto y en el déficit de su salud física, lo que lo convierte en un sujeto sin voz y sin voluntad ante la falta de conciencia para la toma de decisiones, al mismo tiempo en que se hace dependiente de las drogas y de la sociedad, porque la adicción es considerada como un problema que debe ser atendido de forma prioritaria por instancias de salud.

Desde la perspectiva social, sobresale que el proceso adictivo remite a fracturas emocionales en etapas tempranas previas al consumo, las cuales, a la postre, laceran vínculos relacionales afectando los ámbitos de vida; se hace énfasis en la necesidad que tiene el sujeto de huir de una realidad en la que siente que no encaja o que está plagada de sufrimiento, trayendo como consecuencia que el sujeto busque espacios y modos de vida a los que pueda integrarse, porque no tiene cabida en los estándares sociales, económicos, políticos y culturales de un contexto en específico; no sin antes pagar el precio social por el desacato normativo, el cual suele ser la estigmatización y la segregación social.

Sin duda, tanto las diversas posturas desde donde se parte para dar cuenta de los complejos mundos del consumo y las adicciones, así como los distintos goznes que se conforman para entretrejer lo biológico y lo social muestran que las adicciones no son entes que se apropian de una vez y para siempre del sujeto, sino que la agencia está presente, aunque de manera desdibujada y encausada hacia caminos de muerte. En el siguiente apartado se ahonda en la noción de agencia del sujeto desde distintas miradas.

ACERCA DE LA CAPACIDAD DE AGENCIA

Hablar de capacidad de agencia en los sujetos adictos nos demanda ir más allá de un acercamiento instrumental del término, para ver en el adicto a una persona que “buscando la vida encontró la muerte”; a una persona que no solo se introduce al mundo del consumo y de las adicciones como un escape sino que también abre una puerta “buscando la vida”. Implica dar cuenta de sus diversos ámbitos de vida, de su deseo de pertenecer, de sentirse aceptado, querido o nombrado; es dar cuenta de los vínculos afectivos y la sensación de “felicidad” que encontró en sus primeros tiempos de consumo. Por último, es hurgar en torno a los diferenciales de agencia que desarrolló, y que también perdió, en las distintas etapas de consumo, así como el desarrollo de su capacidad de agencia ligado a procesos de rehabilitación. Pero, partamos de la pregunta ¿qué es la capacidad de agencia?

Comencemos con su origen etimológico. La palabra agencia proviene del latín *agentis* que significa: “cualidad del que hace, el que lleva a cabo la acción”. Se compone por la palabra *agere* que significa hacer, mover, actuar, llevar adelante, además del sufijo —nt— (el que hace la acción), más el sufijo —ia (cualidad) (Diccionario etimológico, s.f.). La definición se vuelve más compleja al posicionar este concepto en el campo de la actoría del sujeto y

más aún cuando se afirma que el sujeto adicto ha sobrevivido en el mundo de las adicciones gracias a su menguada capacidad de agencia.

El término de agencia ha sido muy utilizado desde las ciencias sociales para referirse no solo a la cualidad de las personas para hacer algo sino también a la agencia como una capacidad. Es decir, al sujeto se le atribuye voluntad y libertad para tomar decisiones, en consecuencia, forma parte de su constitución como sujeto en colectivo. Desde una postura zemelmaniana (Zemelman, 2010), sería la capacidad del sujeto de “ser actor protagónico de su propia vida: sujeto siempre erguido frente al mundo. La capacidad de agencia es hacerse cargo de sí mismo, del otro y del entorno”.

Desde la perspectiva sociocognitiva de Bandura (1999, citado en Guber, 2015, p.5), el ejercicio de la agencia humana “sería la capacidad de ejercer control sobre nuestro propio funcionamiento y sobre los eventos que nos afectan”. Bandura (citado en Guber, 2015) sostiene que las personas están motivadas a actuar cuando creen que pueden producir los efectos deseados con base en sus acciones. Cabe aclarar que esta capacidad humana no hace referencia a un posicionamiento individualista ni de desarrollo meramente personal sino que la capacidad de agencia humana le permite al sujeto ser protagonista en su vida, pero desde una conciencia colectiva que le permita reconocer su lugar, y el de los otros en el mundo.

Pierre Bourdieu (2003) habla del agente reflexivo y la agencia en la reflexividad, no como condición cognitiva sino como la capacidad de actuar y pensar su propia actuación. El psicoanalista francés René Kaës (2005, p.25) describe la condición de “ser actor, actuado y espectador” y la capacidad de distinguir cuándo se es actor, cuándo se es actuado y cuándo se es espectador, sin que ninguna de estas tres condiciones disminuya la capacidad de agencia; ya que “también cuando te puedes callar la boca, hay agencia”. Esto es muy interesante porque cuestiona aquellas posturas que contemplan la capacidad de agencia solo como la capacidad del sujeto a ser expresamente actor, ya que contempla que en las otras condiciones, como actuado o espectador, también podemos reconocer resquicios de capacidad de agencia.

La agencia también hace referencia a la capacidad de vivir con otro y para otros, de ser proyecto social para sí mismo. Fernando Ceballos (2016, p.37) lo dice de la siguiente manera: “que sea capaz de mejorar su calidad de vida que le permita disfrutar del modo más positivo y constructivo para sí y para los demás”.

Entre las diferenciales de agencia, Alain Touraine (2009) identifica la libertad, la responsabilidad, la toma de decisiones, la resolución de conflictos, el sentir que se tiene lugar en el mundo, la transformación de la realidad, la flexibilidad y ser sujeto colectivo. La capacidad de agencia es inminente en el desarrollo de la vida y los humanos. Una persona con adicciones, aun en las circunstancias de mayor destrucción, mientras tenga vida, siempre tiene capacidad de agencia. Aunque muchas veces se encuentra en su mínima expresión por el nivel de dependencia y deterioro en todos los ámbitos de su existencia.

Así pues, el concepto de agencia nos remite a la capacidad del sujeto para ser responsable de sí mismo, de los demás y de su entorno, desde una posición que lo legitima como parte de la sociedad. La capacidad de agencia se apega a los derechos humanos y a la ética del cuidado colectivo, sin que por ello se pierda la elección de un estilo de vida.

Partimos de este breve recuento en torno a la capacidad de agencia para acercarnos a la literatura en torno a las adicciones, a la persona adicta, donde se plantea de forma explícita o implícita la “pérdida” y las estrategias de “recuperación” de tal capacidad. Todo aderezado por discusiones epistemológicas, metodológicas, teóricas y técnicas.

PERSPECTIVAS AGENCIALES DEL SUJETO ADICTO. UNA MIRADA A LA LITERATURA

En las siguientes líneas recuperamos planteamientos de distintos campos de conocimiento y perspectivas que dan cuenta del sujeto adicto, desde el posible diálogo, explícito o implícito, con la noción de capacidad de agencia. Encontramos acercamientos que rescatan al actor y su contexto, otros que se centran en la pérdida de habilidades; otros más que profundizan en las dicotomías entre vida y muerte, entre agente-droga y agente-persona; algunos más de tipo prescriptivo, pero todas distintas caras de la agencia en el sujeto adicto encontradas en diversas disciplinas, ideologías y programas de recuperación.

Como mencionamos en líneas anteriores, en esta búsqueda de documentos sobresalen dos textos desde el psicoanálisis que describen en concreto esta capacidad como tal, mientras que en el resto de literatura fue posible identificar otras habilidades o perspectivas de abordaje que no hacen referencia a la capacidad de agencia, como el planteamiento de la resiliencia, desde el entendimiento y atención al problema de las adicciones.

Desde la resiliencia

En términos generales, la resiliencia se define como la capacidad de salir de las adversidades, con un énfasis particular en el poder de la persona. Se alude a una fuerza interna que permite a los seres humanos enfrentar las adversidades y los momentos de crisis. Desde su posición en la adicción, la resiliencia o falta de esta en las adicciones, manifiesta la incapacidad para mantener el control, así como para enfrentar esa pérdida de control frente al consumo o cualquier otra situación de su vida, lo cual lleva a las personas adictas bajo la desesperanza, la culpa y el constante recuerdo de los acontecimientos traumáticos o dolorosos de la vida.

En este aspecto, Serrano (2017) y Naranjo (2010, citado en Orozco, 2016) señalan que en el sujeto adicto se puede observar una falta de resiliencia previa al consumo y al desarrollo de la adicción, la cual es consecuencia de su incapacidad para enfrentar su vida, lo que le provoca malestar y angustia, y que muchas veces surge a partir de sucesos traumáticos ocurridos en las primeras etapas de su vida. Así es posible observar un círculo vicioso donde el sujeto consume para aliviar, pero ese mismo consumo aumentará el malestar, con lo que pierde el control de su propio consumo, para favorecer la aparición de una adicción.

Parte del déficit en resiliencia en los sujetos se encuentra en la autopercepción que tiene el sujeto sobre sus propias capacidades (Carbonero et al., 2010, citado en García, 2017). Para esta perspectiva, la persona adicta se autopercebe como débil, frágil, pasiva e incapaz de controlar su vida, lo que muchas veces es utilizado de manera inconsciente para justificar su adicción, aceptar de manera pasiva el control del consumo sobre su vida y tener a la sustancia como una solución ante sus problemáticas.

Un aspecto que añade Orozco (2016, p.22) es que esta falta de resiliencia es consecuencia de “escasos métodos de afrontamiento aprendidos”; con ello entendemos que la resiliencia tiene un anclaje educativo, y que parte del déficit se encuentra en la ausencia de aprendizajes que faciliten la colocación del sujeto en el mundo.

Bajo la perspectiva de la resiliencia en los procesos de rehabilitación de las adicciones, es importante poner énfasis en el autocontrol, la autoeficacia y la reestructuración de la subjetividad (Orozco, 2016). Esta idea se relaciona con la propuesta de Jesús Morcillo (2016), quien

sostiene la importancia de trabajar la autoaceptación para mantener una actitud positiva, caracterizada por el sentido del humor e interés por la vida.

La resiliencia se asocia también con habilidades de resistencia y afrontamiento, orientadas hacia el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida. La resiliencia en torno a la persona del adicto se plantea como una serie de estrategias de afrontamiento cotidiano y se pondera como un factor de protección, más allá de la abstinencia. Enfatiza el papel de la familia y las relaciones interpersonales para atenuar los factores de riesgo.

Desde la asertividad

Otra perspectiva que sobresale en la revisión de literatura es la asertividad, que se refiere a la capacidad de reconocer y expresar de forma oportuna lo que se desea, así como la capacidad de colocar los deseos propios en la lectura del otro (Moral, Sirvent & Blanco, 2011). Además de poseer la capacidad de expresión de sus propias ideas y deseos, y de contar con el conocimiento de sus derechos humanos y sociales, y de sus obligaciones como sujeto social, la persona asertiva puede llegar a relacionarse de forma más satisfactoria y a desarrollar pertenencia y accionar de manera pertinente dentro de los procesos socioculturales de su contexto.

Autores como María Moral, Carlos Sirvent y Pilar Blanco (2011) mencionan algunos déficits referentes a la asertividad, y su relación con las dependencias y las adicciones, tales como la dificultad en la autoafirmación y comunicación, la asimetría en las relaciones, el desdibujamiento de la identidad, la expresión viciada de sus demandas emocionales y la poca conciencia de limitaciones y potencialidades.

Desde esta perspectiva, se va a afirmar que en las adicciones, la asertividad, entendida como la capacidad de expresión propia y respeto de la expresión ajena, se ve disminuida, ya que “dejan al sujeto en un ‘sin decir’, que no es silencio sino suspenso, angustia, miedo. Se detiene su discurso, deja al sujeto en un acto sin palabra, donde es presa del silencio” (Hernández, 2015, p.20). En contraste, un sujeto asertivo se caracteriza por estar seguro de sí mismo, de sus habilidades, capaz de expresar sus emociones, actitudes, necesidades, opiniones e intereses (Moral, Sirvent & Blanco, 2011).

El conjunto de estos autores (García, 2017; Moral, Sirvent & Blanco, 2011; Hernández, 2015) plantean que en los procesos de recuperación de las adicciones es necesario que se trabaje con el desarrollo de la asertividad de las personas adictas como un estilo de vida, poniendo énfasis en relaciones interpersonales satisfactorias para reforzar su imagen en el ámbito social y sentirse pertenecidos. El supuesto detrás de estas premisas es que con el desarrollo de la asertividad, el sujeto podrá reforzar su autoafirmación y autoestima, así como mejorar las relaciones y percepción social a partir de la pertinente expresión de sus deseos y opiniones, favoreciendo la creación y materialización de sus metas.

Una coincidencia entre los autores revisados es la afirmación de que los estilos de vida asertivos deben ser una estrategia primordial en la prevención de las adicciones, así como una prioridad general para los todos los sujetos y la sociedad, lo cual, a su decir, se puede favorecer desde la crianza parental y educación escolar como una herramienta para la calidad de vida.

Desde la inteligencia emocional

Otra perspectiva que tiene alguna relación con la capacidad de agencia es la inteligencia emocional, la cual se refiere a reconocer, expresar y gestionar las emociones. Pondera la importancia de equilibrar y dirigir las emociones más que ahogarlas (García, 2017). La inteligencia emocional propone el desarrollo de estrategias de afrontamiento en el sujeto ante diferentes acontecimientos estresantes; ya que sostiene que al regular las emociones propias y tomar en cuenta las de los demás, es posible utilizar esa información como guía para los pensamientos y las acciones (Limonero, 2013, citado en Moreno, 2016). Morcillo (2016), además de coincidir con esta postura, añade que la inteligencia emocional le permite al sujeto adaptarse e interactuar con el entorno dinámico a partir de sus propias emociones. Para lo cual requiere de la capacidad de conocer, entender, escuchar y respetar la expresión de las emociones ajenas.

Para algunos autores (Moreno, 2016; Morcillo, 2016), la inteligencia emocional dota a la persona de protección y de estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles o externas a sí misma. Mediante la identificación, regulación y manejo de sus emociones, el sujeto es capaz de actuar de manera más razonable, menos “visceral” y con mayor capacidad de enfrentar o modificar ciertas condiciones si las cosas no suceden conforme lo previsto.

Desde este planteamiento, la falta de inteligencia emocional puede llevar a un sujeto a desarrollar o potencializar múltiples problemáticas de carácter, como lo podrían ser las adicciones, ya que la falta de conocimiento y autocontrol de estas puede llevar a los sujetos a experimentar una sensación de vacío e ingobernabilidad del malestar que los puede llevar a consumir. Varios autores (Cava et al., citado en García, 2017; Echeburúa, 2012, citado en Orozco, 2016) sostienen que los problemas de emocionalidad son un aspecto que potencia las adicciones porque los sujetos tienen dificultades para regular sus emociones tanto positivas como negativas.

Afirman que la falta de inteligencia emocional, además de favorecer las conductas adictivas, afecta las habilidades adaptativas y de afrontamiento para la vida. Asimismo, aunque la inteligencia emocional presente déficits, se puede transformar y reforzar a lo largo de las distintas etapas del desarrollo por medio del modelamiento y procesos educativos (García, 2017). Dentro del tratamiento para las adicciones se recomienda el trabajo emocional para ayudar a la autorregulación de las emociones del sujeto, y así recuperar o crear nuevos vínculos afectivos. Además de lo señalado, García (2017) agrega la importancia de hacer responsables a los adictos de su propia rehabilitación para que sean ellos quienes recuperen sus relaciones sociales y estructuren nuevas formas de vinculación con los demás.

Para finalizar, desde este enfoque se sostiene que la inteligencia emocional es una capacidad básica para el desarrollo de una vida saludable y de bienestar, por lo cual se le recomienda como una estrategia imprescindible en los programas de prevención y procesos de recuperaciones de las adicciones. Enfatizan que el desarrollo de la inteligencia emocional, desde el posicionamiento psicosocial, debiera ser una herramienta necesaria para el desarrollo general de una vida con calidad.

Desde el *mindfulness*

Otra perspectiva que contempla el tema de las adicciones es la que surge desde el *mindfulness*, que reivindica el valor terapéutico de la atención plena y consciente. A decir de Jesús

Blasco, José Martínez-Raga, Emelia Carrasco y Javier Didia-Attas (2008), esta alternativa ha sido cuestionada para el tratamiento de las adicciones por las escasas evidencias en los procesos de recuperación de los sujetos adictos.

Son pocos los trabajos que dan cuenta de la terapia basada en el *mindfulness* o “atención consciente”, en el abordaje de los trastornos adictivos en general, y en el *craving* en concreto. La palabra *craving* proviene del inglés *crave*: ansiar, anhelar (Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo & Sitjas, 2004, p.94) y se refiere a la necesidad intensa de consumir, por lo que se considera que el *craving* forma parte del proceso de adicción. El *mindfulness* en el campo de las adicciones propone el autoconocimiento en las personas adictas para identificar dos momentos específicos: 1) las sensaciones que produce el *craving* y 2) las etapas iniciales de recaída.

Esta apuesta sostiene que debido al anhelo y al deseo por el consumo que genera el *craving*, es importante enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y utilizar sus deseos, así como a observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo (Chesa et al., 2004). En la mayoría de los procesos de recuperación, la abstinencia es algo primordial; desde este planteamiento, la ansiedad y el deseo urgente por consumir pueden ser un factor que favorezca una recaída.

Desde esta perspectiva, José Anicama, Elizabeth Mayorga y Carmela Henostroza (2001) sostienen que la recaída es un proceso que se encuentra en el interior de sí mismo en los sujetos que consumen alcohol o drogas, y se manifiesta en el interior de la persona. Al respecto, Dulce María Flores (2010) afirma que es imprescindible reconocer situaciones de riesgo que puedan desencadenar un deseo intenso por la droga (*craving*) o que promuevan el hábito adictivo. El autor advierte que de forma frecuente, el sujeto presenta dificultades para tomar decisiones adecuadas ante contextos que le puedan generar ese *craving*.

Blasco et al. (2008) mencionan la importancia de recurrir a técnicas terapéuticas que permitan focalizar en la atención selectiva-consciente para atender los pensamientos relacionados con el *craving* y facilitar la recuperación de los sujetos. A decir de Blasco et al. (2008), este tipo de herramientas terapéuticas se desarrollan desde la conciencia del sujeto sobre su padecimiento, pero también desde sus capacidades, con el fin de identificar impulsos como el *craving* y desarrollar estrategias para controlarlo antes de llegar a una recaída. Para lograrlo, Luz Patricia Díaz-Heredia, Alba Idaly Muñoz-Sánchez y María Mercedes Durán-de Villalobos (2012) proponen el desarrollo de habilidades personales para que los sujetos puedan identificar aquello que les hace dependientes al alcohol y a las drogas en general, al tiempo en que fomentan su autonomía y se responsabilizan de la toma de decisiones en la vida.

Desde lo cognitivo-conductual

Una de las perspectivas más utilizadas en la actualidad para el tratamiento de las adicciones es la cognitivo-conductual, desde donde se afirma que en los sujetos adictos existe un déficit en sus funciones ejecutivas tales como el autocontrol, la autodirección y sus emociones; con una tendencia a la irritabilidad y excitabilidad, impulsividad, o indiferencia, rigidez y dificultad en cambiar la atención, así como para dirigirse a una meta (Flores, 2010). También se habla del predominio de sentimientos de fatiga, irritabilidad, minusvalía, inestabilidad emocional, ansiedad, ira y desánimo; lo que genera estrés en el individuo y con ello un progresivo aislamiento social, lo que coloca al sujeto en un espiral de deterioro que lo lleva al consumo y al aislamiento; puesto que, al alejarse de los demás, comienza a descuidarse a

sí mismo, separándolo cada vez más de los otros en vez de acercarlo, y crearle un anclaje emocional (Rivera, 2010).

Para los procesos de rehabilitación desde esta perspectiva, se toma en cuenta la recuperación de variables cognitivas dañadas en el proceso de adicción, entre las cuales se encuentran la regulación emocional, la satisfacción vital e indefensión, que pueden producir depresión y deterioro cognitivo. Al respecto, García (2017) apunta que dos tercios de los consumidores de sustancias presentan como consecuencia del consumo, alteraciones a nivel cognitivo y en el estado de ánimo. Sostiene que la regulación de las emociones positivas puede disminuir la depresión y con ello, detener el deterioro cognitivo.

Desde esta perspectiva se hace énfasis en el manejo y regulación emocional como factor protector. Los objetivos terapéuticos están relacionados con el desarrollo de la autoeficacia, la autorregulación, la rehabilitación cognitiva, el mejoramiento de las relaciones interpersonales y la satisfacción vital.

La terapia cognitivo-conductual también es aplicada para prevenir las recaídas en los adictos en recuperación. El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (citados en Tirapu, Landa & Conde, 2003) postula que entre el estado de abstinencia de un sujeto en recuperación y la ocurrencia de una recaída, media una situación de alto riesgo, definida como cualquier situación que represente una amenaza para la sensación de control del individuo y aumente el riesgo de una recaída. Para ello, se identifican tres tipos de situaciones asociadas a la mayoría de las recaídas: los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y los contextos de presión social. Dentro del enfoque cognitivo-conductual es importante que el sujeto identifique los factores de riesgo, pero también los factores de protección ante esas amenazas.

En suma, las herramientas que se plantean desde la perspectiva cognitivo-conductual están centradas en la efectividad y la eficiencia, en el desarrollo de habilidades que tienen una conexión muy estrecha con la inteligencia emocional, resiliencia, la generación de sentimientos de autoeficacia, autoestima, autoeficacia, el aumento de sus expectativas y la eliminación de las creencias erróneas con respecto a la adicción (Serrano, 2017; Orozco, 2016). Además, la terapia cognitivo-conductual reivindica su valor en el control del estrés, los impulsos, los deseos y las emociones, para facilitar la recuperación y mejorar la calidad de vida.

Desde lo bioquímico, lo médico, lo neurológico

En el tema de las adicciones, el campo de las neurociencias ha tenido un gran avance, en especial, en cuanto a dar cuenta de la afectación del cerebro, los daños cognitivos previos y posteriores al consumo (Vuori, 1980 & Gil-Lacruz, 2007, citados en Pons, 2008; Flores, 2010), así como los distintos daños fisiológicos que el consumo puede generar (Fergusson et al., 2006, citados en Maturana, 2011; Mosquera, Artamónova & Mosquera, 2011; NIDA, 2019).

El conocimiento de las consecuencias y modificaciones de cada sustancia a nivel neuroquímico ofrece la oportunidad de identificar las consecuencias de la dependencia física en el desarrollo de las adicciones, así como las limitantes para la abstinencia, ya que a decir de Ceballos (2016), en algunos casos la suspensión total de la sustancia puede causar la muerte.

Desde la perspectiva biomédica y neurológica se pretenden enunciar las posibles causas y consecuencias implicadas en las adicciones. Existen posturas tradicionales que afirman que la drogadicción es una enfermedad determinada por aspectos bioquímicos, sin embargo,

también existen otros posicionamientos, como el de Luis de Rivera (1993), que contemplan los mecanismos biológicos relacionados con el propio sujeto y con la vulnerabilidad social.

La contemplación de factores psicosociales dentro de los estudios biomédicos de las adicciones permite un entendimiento más profundo y menos determinista que la sola patologización del sujeto adicto. La apertura a nuevos posicionamientos, desde esta perspectiva, apuntan al desarrollo de estrategias de rehabilitación que consideren procesos de largo aliento, reconociendo que la sola medicación no es suficiente (NIDA, 2014) y que los efectos de las sustancias están presentes en los comportamientos de los sujetos en la toma de decisiones y en la expresión de sus emociones (Molina, 2013). Por esta razón, el tratamiento debe combinarse con un apoyo psicológico profesional (NIDA, 2014).

Desde la psiquiatría

Para la psiquiatría la adicción es una enfermedad mental porque se trata de una dependencia química debido al consumo incontrolable de sustancias y al hábito psíquico obsesivo y compulsivo por ingerirlas (Valverde & Pochet, 2003). Desde esta perspectiva, la alteración psíquica no es solo consecuencia del consumo sino que también es una de las causas del consumo de sustancias y del desarrollo de una adicción.

Esta perspectiva es compartida por Alejandro Maturana (2011), quien sostiene que en ocasiones el consumo está acompañado de ansiedad y depresión, que pueden comenzar al intentar proteger un yo frágil enfrentado a sentimientos ansiosos o depresivos demasiado intensos. Por eso, para la psiquiatría no es pertinente centrarse en el consumo sino en otro tipo de manifestaciones como la ansiedad, la depresión y su capacidad de afrontamiento.

Desde este ángulo, el consumo de sustancias se vuelve una búsqueda de compensación ante la incapacidad del aparato psíquico. Algunos autores, entre ellos García (2017) y Humberto García, Mario Ramón Verdecia y Adalys Fernández (2011), han encontrado que la depresión es uno de los trastornos psíquicos más comunes entre los sujetos adictos, plantean que la depresión es un factor de riesgo ante el consumo de drogas, al grado de desencadenar el desarrollo de psicopatologías, como puede ser el suicidio (Aristizábal, Cañón, Castaño, Castaño, García, Marín, Osorno & Sánchez, 2013; Correa & Pérez, 2013).

La depresión previa a la adicción y aumentada por el consumo, como característica en muchas personas adictas, se agudiza ante la manifestación de patrones compulsivos. En este sentido, De Rivera (1993) afirma que la sensación de obligatoriedad e inevitabilidad es otra de las manifestaciones que acompaña el ansia adictiva y forma parte de la conducta del adicto.

Para García (2017), el ansia adictiva sumada a la depresión se convierte en un déficit cognitivo porque afecta la autorregulación de las emociones. Para este enfoque, los déficits cognitivos por la depresión previa, aumentada a consecuencia de las adicciones, no son determinantes patológicos e irreversibles en los sujetos. De ahí que María Carmen Albiach (2004) promueva el tratamiento de la depresión a partir del desarrollo de estrategias como la autorregulación de las emociones y otras herramientas que a su decir, permitan el mejoramiento de la salud mental y la abstinencia hasta la reinserción social.

A pesar de que esta perspectiva contempla la adicción como una enfermedad mental, no todas las propuestas la reducen a la dimensión cerebral; plantean la utilización de herramientas para prevenir un mayor deterioro cognitivo y otros padecimientos mentales, así como ayudar a los sujetos a desarrollar una autorregulación emocional promoviendo la motivación interna o externa (Albiach, 2004). Recomiendan el uso de herramientas como el autocontrol

emocional y la autoeficacia, desde las motivaciones y expectativas de vida de los sujetos, y desde el conocimiento de sus propias capacidades e incapacidades.

Desde el psicoanálisis

El psicoanálisis plantea una mayor complejidad para el entendimiento de las adicciones. Esta perspectiva expone que el sujeto adicto carece de conciencia sobre las consecuencias, o las ignora, ya que encuentra en el consumo una fuente de placer (Bernal, 2013). El placer obtenido por el consumo de sustancias puede ser tan grande, que conforme se va desarrollando la adicción, el sujeto termina por otorgar toda significación de placer en la sustancia.

En otras palabras, el consumo comienza como un medio para buscar el placer, pero de forma eventual el consumo termina siendo el medio y el fin. Al respecto David Alejandro Bernal (2013) añade que la sustancia puede anular la capacidad de satisfacción que le otorgaban o pueden otorgar otros objetos o sujetos, con lo que la sustancia se convierte en la única fuente de satisfacción existente, a pesar de ser causa directa de la insatisfacción creciente e incapacidad afectiva.

El consumo de sustancias no solo se convierte en el interés y necesidad principal sino que termina por convertirse en el eje del desarrollo de la vida de los sujetos. El sujeto transfiere toda su carga libidinal en la sustancia, lo que forma parte del proceso de erogenización de la pulsión de muerte. De manera que la droga se convierte en el eje de su vida, con lo que se presenta una paradoja, “para mantenerse con vida el adicto necesita drogarse con algo que lo mata, siente que no es nada sin la droga” (Bernal, 2013, p.35). Para mantenerse con vida, el sujeto adicto recurre a la muerte. No es nada sin la droga, pero la droga lo acerca a la nada.

En una adicción el desarrollo de la vida está significada desde la pulsión de muerte, pues muchos adictos prefieren consumir drogas que alimentarse (Bernal, 2013). Por el debilitamiento de la pulsión de vida, el sentido de conservación y autocuidado pasa a segundo plano. Nada, ni su propia vida, es más importante que mantener el consumo.

Desde la perspectiva psicoanalítica, el sujeto consumidor se encuentra en una constante búsqueda de placer y estimulación para evadir el dolor o la frustración (Hernanz, 2015), que lo lleva a una constante negación de la realidad, tanto propia como ajena, distorsionando la percepción de lo que es y de lo que era con anterioridad (Martínez, 2016). Con lo cual se produce un desdibujamiento del principio de la realidad que da prioridad al principio de placer.

Además de la idealización del placer, los sujetos tienen que enfrentarse a la imposición de expectativas socioculturales sobre su persona, lo que puede generar frustración y la decisión de buscar otra clase de vínculos que apunten al placer y al gozo, libres de la vigilancia social que tanto les duele (Hernández, 2015).

Esta perspectiva habla de que la pérdida del compromiso del sujeto con su persona, su cuerpo y su palabra le va convirtiendo en presa del silencio. Desde el punto de vista de Hernández (2015), el discurso del sujeto no desaparece, pero se detiene en la adicción, la cual es producto del silencio del malestar, de la incapacidad de expresión de este. El sujeto adicto se vuelve presa de ese silencio, pero sobre todo, de ese malestar.

Desde los planteamientos psicoanalíticos, el proceso de recuperación de las adicciones está encaminado al rescate y reposicionamiento de la subjetividad de la persona adicta sin proponer la abstinencia como una condición inicial, y haciendo responsable al sujeto de su goce y de su deseo mediante un proceso de historización que le permita reencontrar su palabra (Hernández, 2015), reposicionarse en el entramado sociocultural para recuperar

su propia voz y validez de su palabra e historia, así como reconocer una oportunidad para generar otras formas de vida. Desde esta perspectiva es necesario que el sujeto logre la realización de vínculos hacia un otro social, así como la reconfiguración de los deseos, las pulsiones y las subjetividades, modificados y ocupados por las adicciones, a partir de nuevos ideales y formas de vida.

Desde la propuesta de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos

La propuesta de Alcohólicos Anónimos (AA) considera que el consumo de sustancias es una enfermedad física, psicológica y espiritual (Gutiérrez, Andrade, Jiménez & Juárez, 2007). El programa de AA de recuperación de las adicciones se centra en un planteamiento espiritual, de abstinencia, sobriedad, autoconocimiento, aceptación de la enfermedad, conversión de los estilos vida, así como un proceso que implica la permanencia de por vida en los grupos y la práctica de los Doce Pasos (Torres, 2014).

Desde la mirada de Reneé Di Pardo (2009), la meta fundamental en los procesos de recuperación de AA es la sobriedad, la cual trasciende la mera abstinencia del consumo. En palabras de Katherine Torres (2014), el programa de AA ofrece a los sujetos la capacidad de desarrollar herramientas como el autocontrol, la distracción y la planificación.

Desde este planteamiento, la idea de sobriedad sienta su base en un crecimiento emocional que lleva al sujeto a vivir con madurez, con ausencia de neurosis y de ingobernabilidad emocional; reconociendo a su vez, sus dones y virtudes. Además, sostiene que la abstinencia por sí sola no es suficiente, ya que en muchos casos a pesar de que el sujeto ha cesado su consumo, continúa manifestando las mismas conductas y emociones que tenía antes y durante este.

La sobriedad requiere de la recuperación integral del sujeto, para lo cual se entretengan distintos recursos terapéuticos con el fin de procurar un acercamiento al autoanálisis y a la atención de los conflictos neuróticos inconscientes (Di Pardo, 2009). Además, agrega el mismo autor, se trata de atender la enfermedad y desarrollar cualidades en los sujetos como la libertad, la honestidad y la humildad mediante la disciplina, la perseverancia, la determinación de cambio y la mente abierta, para entonces, llegar a la felicidad.

De acuerdo con Augusto Pérez (2007), mantener la sobriedad es trascendental para las personas con adicciones. Para lograr y mantener el estado de sobriedad y mejorar la calidad de vida, se recurre a herramientas espirituales y comunitarias como la práctica del testimonio y la creencia en un poder superior (Ortiz & Galaviz, 2016).

Este programa pondera el papel de la experiencia en la recuperación, desde ahí, es a partir de los testimonios ajenos que se favorece la identificación con el sufrimiento y se supera la culpa y se acepta la propia enfermedad, por ello el peso “imprescindible” de la colectividad. En este sentido, Pérez (2007) agrega que se establece un compromiso en comunidad, consigo mismos y con un poder superior. En este entramado, el apoyo de la red social, incluida la familia, se convierte en un aspecto que incide con fuerza en el “éxito” de la recuperación.

La propuesta de AA considera el tratamiento en un entorno colectivo y comunitario, donde se responsabiliza al sujeto de su proceso. Al mismo tiempo, se pretende favorecer el desarrollo de capacidades personales mediante el autocontrol, el autoconocimiento, la autorregulación de las emociones, la disciplina, el servicio y la práctica de los Doce Pasos, apoyados en la espiritualidad para el enfrentamiento de las adversidades.

Desde el cristianismo

Desde la perspectiva religiosa, y en particular desde el cristianismo, también se ofrecen concepciones y programas de recuperación para las adicciones. Se parte de considerar que la rehabilitación puede ser complicada y siempre pende de un hilo, por lo que es necesario generar estímulos que ayuden con la espera y que brinden una luz de esperanza.

Plantean que en la rehabilitación, el proceso de desintoxicación se da con frecuentes momentos de ansiedad e irritabilidad (Ortiz & Galaviz, 2016), y el precario equilibrio emocional de los sujetos puede convertir a la recuperación en una larga espera desesperanzada, favoreciendo las recaídas. Por esta razón, Olga Ortiz y Gloria Galaviz (2016) proponen que los adictos en rehabilitación vivan en centros y espacios comunitarios donde puedan establecer relaciones interpersonales, ya que estas favorecen las relaciones de amistad, que hacen más soportables las recaídas y mantienen viva la esperanza. Estas autoras también recomiendan tener cuidado, porque cuando hay conflictos en estos entornos, aumenta la tensión y es posible que se abandone el tratamiento.

Los principales recursos que utilizan los centros de orientación evangélica se basan en la construcción de esperanza, la retórica del perdón de Dios, del volver a nacer y de la existencia de un plan divino en la vida de cada individuo. Sin embargo, esta perspectiva puede llegar a complicar la culpa de las personas en recuperación. De acuerdo con Ortiz y Galaviz (2016), esto sucede porque se parte de la premisa de que quien pecó, pero no conocía a Dios puede ser perdonado, pero quien comete pecado habiendo conocido a Dios siente culpa.

De esta manera, el recurso del perdón divino se convierte en un arma de doble filo y puede dificultar la esperanza en quienes recayeron, obstaculizando el trabajo del perdón. La culpa es uno de los factores que más propician las recaídas y el abandono del tratamiento por la sensación de “haber quemado las naves” (Ortiz & Galaviz, 2016, s.p.).

En ese sentido, la espiritualidad es una estrategia que motiva y favorece el desarrollo de herramientas y habilidades psicosociales, y que ayuda a la regulación de la adicción y mantenimiento de la abstinencia, a partir de la esperanza, el manejo de los conflictos y el desarrollo de una vincularidad afectiva y comunal con base en los mismos principios religiosos.

Desde esta perspectiva, es necesario construir redes de apoyo que ayuden a superar y motivar un cambio de vida (García, Verdecia & Fernández, 2011). También sostienen que a la par, es preciso generar herramientas e inculcar valores que contribuyan a recuperar los vínculos afectivos o a generar nuevos vínculos sociales. La pérdida de la culpa y la revalorización de la experiencia desde una forma positiva, así como los cambios de los valores morales son algunos de los elementos destacados de la perspectiva cristiana.

Desde la moral

Uno de los supuestos de los que parte este planteamiento es que en la sociedad actual se presenta un corrimiento de la moral ante el desdibujamiento de los valores y la sensación de no pertenecer de millones de habitantes del mundo. Martin Hopenhayn (2008) sostiene que en el mundo de las adicciones, la gente puede identificarse por unos momentos y sentir que ha vivido una eternidad, aunque en realidad, se trata de una euforia pasajera que convoca a momentos, pero no a grupos ni a lugares, generando un sentimiento de no pertenencia, mismo que se arraiga a consecuencia del tipo de valores y hábitos adquiridos y sostenidos durante el consumo.

Algunos autores, entre ellos Rubio (2001) y Rivera (2010), señalan que “el adicto” al vivir mediante el consumo de sustancias pierde su lugar en la sociedad, engrosando los grupos con minusvalía social. Plantean que “el adicto” deja de cuidarse a sí mismo y va alejándose de lo considerado como “normal” de acuerdo con significados, valores y creencias de su colectivo, debilitando los vínculos que pudieran proveerle de un anclaje emocional. Asimismo, los valores que adquiere lo hacen apropiarse de una identidad que lo excluye y lo coloca en una desventaja en los distintos ámbitos de vida, entre ellos el familiar y el laboral, al impedirle su desempeño social dentro de su comunidad o entorno cercano (Rubio, 2001).

El estigma y los valores sociales que se les atribuyen a las personas adictas pueden llegar a criminalizarlas y despojarlas de su valor y confianza dentro de la sociedad, debilitando aún más su pertenencia en lo social al estar tan lejanas de los valores morales hegemónicos. Puntualiza De Rivera (1993), que además de la exclusión social, la persona adicta pone todos sus valores, habilidades y energía al servicio del consumo, llegando a alejarse de la moralidad de su grupo social y del respeto ante él mismo y ante su entorno.

Estos autores sostienen que debido a “la pérdida de valores y de moralidad”, los adictos tienen comportamientos que no son socialmente aceptados, pues pueden recurrir a robos, prostitución y manipulación con tal de conseguir la sustancia; razón por la cual se aíslan de la sociedad. Por lo que el proceso de rehabilitación debe contemplar dejar el consumo, crear estilos de vida sin drogas y adquirir nuevos valores psicosociales orientados a una mejora en la calidad de vida (Rubio, 2001). Afirman que la rehabilitación puede llegar a ser un proceso complicado porque debe incluir un proceso de desaprendizaje y aprendizaje de nuevos valores morales.

El trabajo de acompañamiento terapéutico implica ir al encuentro de un sujeto que se siente excluido y asume que eso le da derecho a relacionarse de cierta manera con las personas y a construir su vida (Rivera, 2010). Siguiendo con Rivera, este menciona que la paradoja se hace presente en el sujeto que se siente excluido y despojado de su humanidad, por lo que es necesaria la reinserción social y un nuevo discurso que le devuelva su humanidad con base en aprendizajes psicosociales que le permitan expresarse y sanar sus heridas (Rivera, 2010), de manera que promueva un cambio en las percepciones y aceptación de sí mismo, de los otros y de su entorno.

Los procesos de recuperación desde esta perspectiva se centran en el trabajo personal y en la práctica de valores humanos, éticos y morales orientados hacia la construcción de un sentido de vida (García et al., 2011). Este planteamiento hace una apuesta hacia el desarrollo del sujeto, a partir de la responsabilidad de la propia vida y del cuidado del otro, mediante el sentido comunitario de pertenencia.

Desde el posthumanismo

A partir de una crítica a las explicaciones biologicistas, la perspectiva posthumanista considera a las adicciones como agentes no humanos encarnados en las personas. El posthumanismo entiende que el cuerpo puede ser afectado, conmovido o puesto en movimiento por entidades externas a él, y se requiere que el sujeto se involucre en el aprendizaje que implica ser afectado (Weinberg, 2008).

En este sentido, Weinberg (2008) entiende que las adicciones son agentes que causan un impacto en el cuerpo porque reeditan la imagen corporal, el funcionamiento de los sistemas, la alimentación, la motricidad, la sexualidad, el ámbito de las relaciones y de la salud. Sin

embargo, esto no significa que la adicción se reduzca a la vulnerabilidad del cuerpo consumidor y a la agencia no humana de la sustancia psicoactiva. Tomando en cuenta que no todos los consumidores de drogas se vuelven adictos, no se puede entender a las adicciones como un asunto mecánico sino que se trata de un conjunto de confluencias.

La postura posthumanista busca entender la relación que hay entre la adicción y el “yo”, de las valorizaciones y significaciones del consumo y las adicciones para los sujetos. Autores como Gomart (citado en Weinberg, 2008) afirman que tanto el consumo de drogas como la adicción son vehículos para articular subjetividades e intersubjetividades humanas, y no solo agentes destructivos.

Los posthumanistas, entre ellos Gormart y Hennion (1999, citados en Weinberg, 2008), plantean que la destrucción por medio de las drogas no es lineal sino que comienza con la construcción de una identidad. Es un proceso donde la persona adicta aprende a dejarse tomar por la droga y significar su vida por medio del consumo. Entonces, existen momentos donde el sujeto es consumidor activo y táctico, y no un esclavo de la droga. Uno de estos momentos es cuando el sujeto se prepara para ser “tomado por la droga”, porque desea un cambio o quiere salir de un lugar.

Así, la recuperación es vista como un proceso en el que se involucran la transformación de los factores sociales, biológicos, humanos y no-humanos que desarrollan una adicción, con el fin de transformar la subjetividad adictiva en subjetividad colectiva, basada en las ideologías de la comunidad terapéutica (Weinberg, 2008).

Dentro de la perspectiva posthumanista, la transformación de la vida y el control sobre el agente no-humano que genera las adicciones, requiere de la transformación de la subjetividad del sujeto hacia los valores otorgados en la comunidad terapéutica, potencializando y apoyándose de sus capacidades humanas, sociales y agenciales.

Desde lo social

Cuando se piensa en las adicciones desde lo social es importante posicionarse en el contexto sociohistórico de los sujetos, así como identificar sus características, similitudes y diferencias con otras épocas en donde se desarrollaban las adicciones. Denise Najmanovich (2005) menciona que el siglo XX comenzó bajo el signo de la esperanza, y el siglo XXI está marcado por la nostalgia, la incertidumbre y el desconcierto. Hernández (2015) y Hopenhayn (2008) agregan que estamos en una época donde la incertidumbre es generalizada, con un hedonismo exacerbado y con una marcada mercantilización del placer, donde se busca constantemente evadir la realidad. Es una sociedad capitalista que tiene como base el consumo, pero sobre todo la creación y fetichización de las necesidades de los sujetos.

Existe una idealización de la felicidad y el bienestar, como una búsqueda a bajo precio a partir de la adquisición de objetos externos al sujeto. El consumo de drogas es una de las muestras más claras de placer insaciable, que deviene como respuesta frente a la incertidumbre e inseguridad ante la vida y el futuro. Algunos sociólogos, entre ellos Giddens y Greenberg (2000, citados en Moral & Sirvent, 2008), apuntan que hoy en día la sociedad tiene estilos de vida afectivos independientes, sin arraigo a personas ni lugares, que afectan de forma directa el desarrollo del sujeto, sus emociones y su capacidad de sociabilizar.

En términos de adicciones, además de la transformación de los estilos de vida, Hernández (2015) considera que hay una complicidad social ante el ocultamiento o normalización de los

lugares donde venden drogas, sus efectos o consecuencias. Lo cual a su vez es un factor que actúa de forma directa en la percepción del riesgo en torno al consumo.

El entendimiento de las adicciones conlleva el acercamiento abierto a la complejidad social, cultural y subjetiva que puede favorecer la aparición y crecimiento de esta problemática, así como las consecuencias sociales que están implicadas en ella. Ya que en muchas ocasiones, las personas con adicciones no respetan y violan los derechos fundamentales de otras personas y de sí mismos (Martínez, 2016). En tal sentido, no solo representa la auto-destrucción del sujeto por su consumo sino la afectación de los otros y su entorno (Jiménez & Burgos, 2016). La persona adicta es una biografía social con una historia particular, con un desdibujamiento de su capacidad de agencia, pero con la posibilidad, siempre, de retomar su posición agencial frente al mundo.

En la mayoría de los entendimientos sobre la adicción, se le confiere mucha más calidad de agente a la droga que al mismo sujeto, lo cual, de forma implícita, coloca a la demanda de drogas y los valores de consumo desde un cierto determinismo y desesperanza en la sociedad contemporánea; lo cual conlleva el desconocimiento de la capacidad de agencia de los sujetos inmersos en un mundo adictivo.

Desde lo comunitario

Desde lo comunitario, el planteamiento va de vuelta a la comunidad bajo la premisa de que “si el adicto no se enfermó solo, tampoco tiene que curarse solo” (Valverde & Pochet, 2003, p.46). Cuando se plantea que el sujeto adicto no se enfermó solo, se hace referencia a la influencia de su entorno y comunidad en el sujeto desarrollo de la adicción. Aunque existe una asociación directa de la aparición de un problema de adicción con el ambiente familiar, se considera que no es un sujeto aislado sino un sujeto que vive en colectividad, más allá de la familia y desde ahí se gestan aprendizajes, conductas y situaciones que influyen en la adicción.

La idea de colectividad plantea que los sujetos no tienen por qué enfrentarse al proceso de rehabilitación de manera aislada. Por tanto, se propone que la recuperación y la mejora en la calidad de vida contemplen e involucren la perspectiva comunitaria (Stoeckeler & Gage, 1988, citados en Anicama, Mayorga & Henostroza, 2001).

La calidad de vida es un concepto muy amplio y puede caer en lo abstracto; en esa línea, tres nociones son fundamentales: la satisfacción, el bienestar y la felicidad individual. En la actualidad, existe una tendencia en asociar calidad de vida como sinónimo de la capacidad adquisitiva y bienes adquiridos. Anicama et al. (2001) advierten que desde lo comunitario, la calidad de vida se refiere a aspectos psicológicos de la vida personal y colectiva, donde es necesario que el sujeto tenga presente al otro, pero sin perderse en la colectividad, es decir, la calidad de vida debe integrar los aspectos psicológicos de cada persona que constituyen sus hábitos y, a su vez, los valores colectivos.

En esta perspectiva comunitaria, sobresale el compromiso social, la ética del cuidado y el servicio, para el desarrollo de la calidad de vida. La integración del concepto de calidad de vida como valor de recuperación, es importante para la creación o implementación de los programas o estrategias de tratamiento y se puede establecer un diálogo con el tema del desarrollo de la capacidad de agencia, en particular, con referencia a la vida cotidiana y el vínculo con el entorno.

“LOS DÉFICITS” Y EL DESDIBUJAMIENTO DE LA AGENCIA

En la revisión de la literatura relacionada con el desarrollo de la capacidad de agencia y las adicciones, se identifica que los autores y las distintas escuelas de pensamiento tienen una concepción del sujeto adicto como un sujeto lleno de déficits, es decir, como un sujeto en falta. El sujeto adicto se fragmenta en una serie de “faltantes”, donde la agencia tiende a desdibujarse y en ocasiones a invisibilizarse debido a la prevalencia de los efectos destructivos asociados al consumo de drogas. Estos déficits del sujeto adicto son definidos en contraposición a los criterios de bienestar, positividad, o cualidad que cada enfoque o abordaje determina como un ideal de vida.

En cada una de las perspectivas abordadas, se enuncian y describen los déficits “del adicto” que tenía previo a la adicción, y aquellos que se generan o se potencializan por ella. En algunas posturas revisadas, la adicción es resultado de los déficits que la antecedieron; mientras que, en otras, se afirma que la adicción le agrega déficits al sujeto adicto. Empero, de forma independiente del abordaje, la constante son los faltantes del sujeto. A continuación, se presenta un listado de los 117 déficits encontrados en la revisión documental sobre adicciones, agencia y nociones cercanas.

Cabe aclarar que el listado de la tabla 2.1 retoma de forma textual la manera en que los distintos autores revisados nombran las carencias o déficits de la persona con adicciones.

Los 117 déficits que relacionan los distintos autores con el sujeto adicto y las adicciones se clasificaron en 12 categorías, de las que se destacan los déficits relacionados con la emocionalidad (20%), la dependencia y la pérdida de control (17%), la autodestrucción y muerte (11%), y la vincularidad (11%) (véase la figura 2.1). Los autores revisados atribuyen al sujeto adicto déficits en cuanto a su capacidad para tramitar sus emociones, la predominancia de la dependencia y la pérdida de control sobre sí mismo y sus circunstancias. Por otro lado, sobresale la definición del sujeto adicto como alguien con serias dificultades para detener la tendencia a la autodestrucción y la muerte, y con carencias en todo lo que concierne a las relaciones personales.

La agencia es una capacidad del sujeto, eminentemente relacional. Al enfocarse en los déficits del sujeto adicto, estos abordajes pueden tender a individualizar el problema de la adicción, configurándola como una falta en el sujeto y promoviendo un sujeto ideal que el sujeto adicto no cumple; con el riesgo de caer en determinismos o simplificaciones al plantear estrategias de rehabilitación. Podemos decir que la agencia es una capacidad del sujeto social en que se construye, deconstruye y se reconstruye a sí mismo y a su entorno, en relación con los demás, con diversos niveles de autonomía; por tanto, es un sujeto de derecho, un ciudadano del mundo y con el mundo, con posibilidades de emerger mientras haya vida.

Las adicciones también tienen que ver con la manifestación subjetiva de los sujetos, la transferencia de significaciones de bienestar y capacidades utilizadas para desarrollar su consumo. Las adicciones podrían representar la pérdida de la capacidad de agencia de los sujetos adictos, pero a su vez, o por lo menos en ciertos sujetos o ciertas etapas, la capacidad de agencia más que pérdida, está transformada y orientada al consumo, no al desarrollo de la vida. Abordar a la adicción desde los déficits del adicto contribuye a la invisibilización de esta capacidad de agencia transformada, dopada, desdibujada, camuflajeada, invisibilizada, transfigurada.

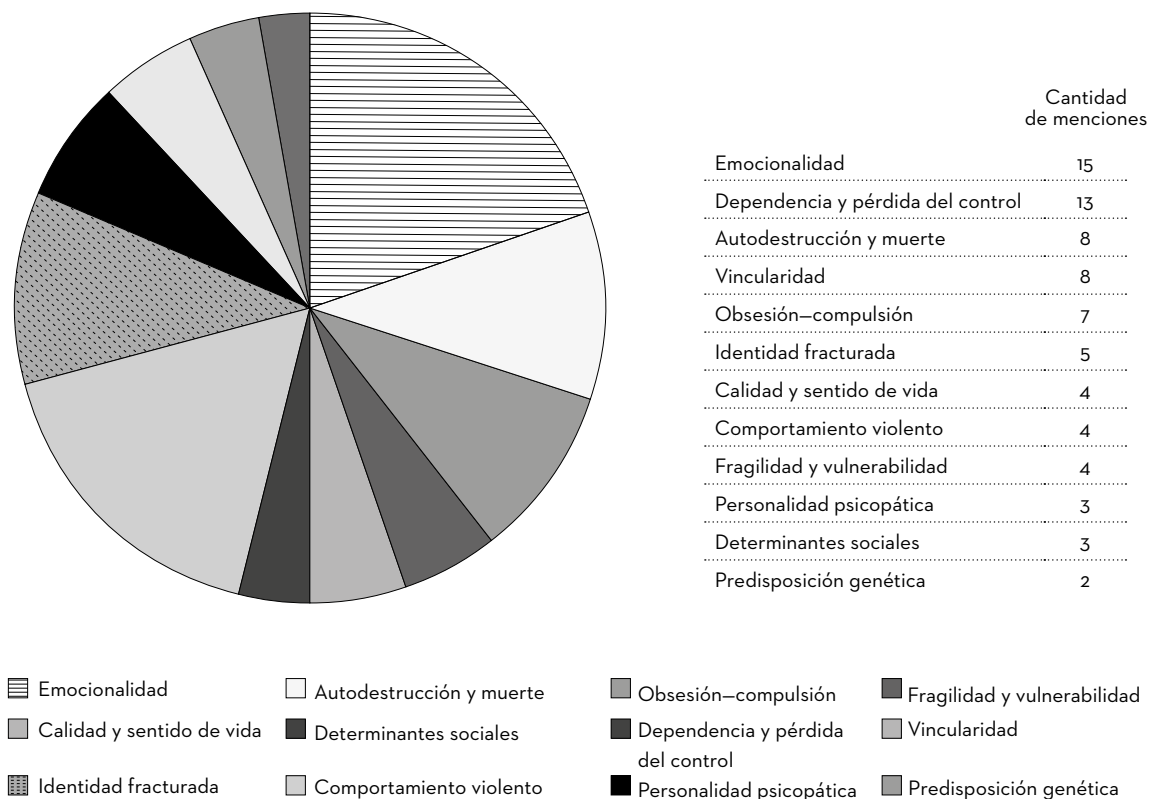
TABLA 2.1 LISTADO DE “DÉFICITS DEL SUJETO ADICTO”

1	Dificultad en la autoafirmación	42	Creen no necesitar tratamiento
2	Problemas de comunicación	43	Incapacidad para controlar impulsos
3	Asimetría en las relaciones	44	Afectación cerebral
4	Desdibujamiento de la identidad	45	Las afectaciones también son colectivas
5	Expresión viciada de sus demandas emocionales	46	Percepción distorsionada de sí mismos
6	Insatisfacción de sí mismo	47	Percepción distorsionada de los otros
7	Poca conciencia de limitaciones y potencialidades	48	Negación de la realidad
8	Individualismo exacerbado	49	Autoestima baja y negativa
9	Dependencia emocional	50	La red de apoyo está rota o desgastada
10	Acercamiento peligroso con la muerte	51	Los vínculos sociales están rotos o desgastados
11	Dualidad vida y muerte	52	Fracturas
12	Se deja de lado la autoconservación, se alejan de la vida	53	Sentimiento de culpa
13	Compulsión	54	Sujetos llenos de estigmas
14	Se privilegia el placer por sobre todo lo demás	55	Siempre se pende de un hilo
15	Hay una captura del sujeto por el objeto	56	Evitar la realidad actual
16	Desamparo del que no pueden salir	57	Apreciación de fragilidad
17	Desenfreno y agresividad	58	Problemática psico-social
18	Fusión de la pulsión de vida y de muerte	59	Estados emocionales alterados
19	Autodestrucción irrefrenable	60	Ansiedad
20	Prevalencia de la depresión	61	Déficit de autoeficacia
21	Tendencias suicidas	62	Comorbilidad psicopatológica
22	Tendencia a desarrollar enfermedades mentales	63	Frustración
23	Factor de riesgo: maltrato infantil	64	Soledad
24	Violencia	65	Desesperanza
25	Autoestima baja	66	Desdén por el autocuidado
26	Predisposiciones genéticas a desarrollar adicciones	67	No relaciones significativas
27	Vulnerabilidad individual	68	Rebelde y al mismo tiempo alienable
28	Negación del afecto	69	No anclajes emocionales
29	Personalidad preactiva	70	No sostiene estrategias para cumplir metas
30	Alteraciones en la estructura del Yo	71	Conductas rígidas
31	Intensidad exacerbada de los afectos (ansia)	72	Difícil adaptación
32	Baja tolerancia a la frustración	73	Abandonan con facilidad frente a una sensación de fracaso
33	Obstinación, incapacidad de cambiar de objeto o de meta	74	Pesimismo como defensa de la frustración
34	Búsqueda descarnada de una compensación externa	75	Pensamiento supersticioso
35	Pérdida de voluntad	76	Dificultad para ser optimista frente a cosas simples de la vida
36	Falta en la moralidad y respeto (corrimiento moral)	77	Imagen pobre de sí mismos
37	Pérdida de control sobre su propia vida	78	Dificultad para manejar el estrés
38	Externalización, que algo concreto y externo ordene el desorden interno	79	Deterioro de la calidad de vida
39	Evitación	80	Pérdida de control de las experiencias vividas
40	Predisposición genética	81	Estigma / aislamiento social
41	Creen que pueden dejar de consumir por cuenta propia	82	No criterio propio para tomar decisiones
		83	Dependientes
		84	Impotencia frente a su problema

TABLA 2.1 CONTINUACIÓN

85	Incapacidad para establecer balances ante determinadas experiencias	100	Conflictos interpersonales
86	Mentirosos	101	No poder resistir las invitaciones al consumo
87	Incapaces de anticipar las consecuencias de su conducta (impulsividad)	102	Riesgo reactivo
88	Carentes de planes a largo plazo	103	Diferenciación y aislamiento de los no adictos
89	Dificultad para empatizar	104	Exiliado
90	Disociación cognición-emoción	105	Apartamiento social
91	Distancia entre las metas que se proponen y los recursos que tienen para lograrlas	106	Separado
92	Metas familiares distintas a las de ellos	107	Minusvalorados socialmente
93	La familia con una cultura de adictos secos, producto de la negación del problema	108	Tendencia al riesgo
94	La obsesión como hábito psíquico	109	Desconfianza
95	Sentir molestia permanentemente	110	Puede llegar a ser peligroso
96	Sentir tristeza	111	Incapacidad para distinguir entre lo que debe y no debe
97	No poder resistir los deseos de consumo	112	Deficiencia social
98	Estados emocionales negativos	113	Pérdida de habilidades
99	Estados físicos alterados	114	Pérdida de estructura
		115	Pérdida de funcionalidad
		116	Adquiere una discapacidad
		117	Minusvalía social

FIGURA 2.1 DÉFICITS EN LOS SUJETOS ADICTOS COMO CARACTERÍSTICAS DE LAS ADICCIONES



Fuente: elaboración propia con base en 76 documentos consultados.

ESTRATEGIAS DE CARA A LA RECUPERACIÓN DEL SUJETO ADICTO

Entre la información recopilada de las distintas fuentes bibliográficas, se identifica la propuesta de diversas estrategias para la recuperación del sujeto adicto. Las estrategias son de diversos tipos, ya que según la orientación desde donde se proponen van de un ámbito individual y concreto, a uno colectivo y más abarcativo. A continuación (véase la tabla 2.2), se presenta un listado de 152 estrategias de recuperación o rehabilitación frente a las adicciones, extraídas de los autores revisados.

Las 152 estrategias identificadas en los distintos textos abordados, las clasificamos en las siguientes 14 categorías por orden de frecuencia:

1. Competencias relacionales.
2. Autoconocimiento.
3. Espiritualidad.
4. Autorregulación de la conducta.
5. Autonomía.
6. Proyecto de vida.
7. Desarrollo personal.
8. Reconciliación consigo mismo.
9. Habilidades psicoafectivas.
10. Apego a la vida comunitaria.
11. Compromiso social.
12. Reconstrucción de vínculos.
13. Acompañamiento (tener un guía o padrino).
14. Participar en grupos de autoayuda.

Destacan sobre todo las primeras cuatro estrategias: la espiritualidad, el autoconocimiento, el manejo emocional y el desarrollo de competencias relacionales. Estas estrategias engloban características, habilidades y herramientas que pueden asociarse al desarrollo de la agencia en los sujetos adictos, los cuales de forma usual, son considerados como sujetos sin agencia sobre su consumo y vida en general. Uno de los riesgos es asumirlos de manera pragmática, mecanicista y aislada, dejando de lado al sujeto, su historia y entendimiento integral; es decir, al igual que en algunos acercamientos se le otorga mayor lugar agencial a la droga que a la persona adicta, se puede caer en lo mismo con las estrategias de rehabilitación, que se les otorgue mayor agencia que al propio sujeto.

Por un lado, el reto es la articulación de diversas estrategias a partir de la particularidad del “adicto” o “adicta” vistos como personas, como sujetos sociales, con una historia particular y con resquicios siempre de agencia, aun en los niveles más alarmantes de destructividad. Y, por otra parte, la inclusión del contexto individual y el colectivo en el tratamiento de las adicciones, donde se articulen las diversas estrategias.

TABLA 2.2. LISTADO DE LAS ESTRATEGIAS DE CARA A LA RECUPERACIÓN DEL SUJETO ADICTO

1	Auto afirmarse	30	Fomentar relaciones positivas entre los internos, y con el personal
2	Reconstruir la identidad	31	Generar relaciones de amistad y manejo de conflictos
3	Desarrollar competencias comunicativas	32	Uso de dispositivos simbólicos para construir esperanza
4	Desarrollar competencias para establecer relaciones horizontales	33	Fomentar el perdón
5	Asertividad en la expresión de sus necesidades	34	Trabajar a través de testimonios
6	Trabajar con la aceptación y satisfacción con su persona	35	Movilización de la comunidad
7	Reconocimiento y conciencia de sus limitaciones y potencialidades	36	Construir un plan de vida para cada persona
8	Capacidad para mirar al otro	37	Recuperar las relaciones perdidas
9	Desarrollar la capacidad de separarse y ser independiente	38	Afrontar situaciones de estrés
10	Buscar el bienestar	39	Afrontar dificultades
11	Acercarse a la vida	40	Afrontar conflictos internos
12	Detección y tratamiento precoz de las personalidades vulnerables	41	Autoeficacia
13	Alternativas psicosociales	42	Autorregulación
14	Desarrollar la inteligencia emocional: capacidad de identificar, sentir, comprender, controlar y cambiar estados emocionales en los demás y en uno mismo	43	Rehabilitación cognitiva
15	Desarrollar competencias emocionales, a través de la educación y el modelamiento	44	Rehabilitación de relaciones interpersonales
16	Fomentar y desarrollar las habilidades	45	Satisfacción vital
17	Desarrollar la capacidad de control de la conducta	46	Reconocer la potencialidad de lo positivo de las personas
18	Desarrollar la capacidad de reaprender	47	Fomentar la madurez psicológica
19	Abandonar el uso de tóxicos	48	Fortalecer la madurez espiritual
20	Hacerse responsables de su recuperación	49	Lograr la paz para actuar
21	Recuperar las relaciones sociales	50	Lograr la libertad para actuar
22	Desarrollar la capacidad de relacionarse de una forma nueva y diferente	51	Desarrollar el cuidado y auto cuidado
23	Desarrollar la capacidad de comprender y regular sus emociones	52	Desarrollar habilidades personales
24	Asertividad	53	Crear condiciones de análisis crítico de la propia realidad
25	Informarse y llevar a la práctica los conocimientos obtenidos	54	Localizar factores determinantes de su dependencia
26	Asumir que la vida está llena de adversidades que ponen a prueba	55	Crear oportunidades de conquista de autonomía para la toma de decisiones
27	Empezar de nuevo, nueva vida	56	Cambiar
28	Obtener el perdón divino	57	Rehabilitación
29	Construir la esperanza	58	Transformación
		59	Recuperación
		60	Abstinencia
		61	Sobriedad
		62	Recuperar las experiencias de integración social previas y durante la etapa adictiva

TABLA 2.2 CONTINUACIÓN

63	Fomentar una estructura valoral	97	Eficacia
64	Favorecer un referente familiar de cohesión	98	Autorrealización
65	Lograr la salud mental	99	Afrontamiento emocional
66	Fortalecer la relación horizontal entre pares	100	Apoyos cercanos
67	Promover la flexibilidad	101	Recuperar a su familia
68	Desarrollar la capacidad de afrontamiento	102	Asumir una identidad de "adictos"
69	Que sea capaz de percibir bienestar sin consumo de drogas	103	No dar prioridad a volver a tener una familia, un trabajo, dinero, etcétera, sino a la recuperación "estar sobrio, limpio"
70	Que encuentre agradable la vida (que le guste la vida)	104	Manejo del estrés
71	Que valore sus cualidades	105	Reconocer la forma que toma el <i>craving</i> en sí mismos, las señales, recuerdos, etcétera
72	Que recobre la confianza en sus posibilidades	106	Tratamientos integrales, asumir diferentes dimensiones de la vida, de la persona
73	Manejar urgencias y deseos	107	Dotarlos de recursos personales
74	Desarrollar capacidad frente a la presión externa y el estrés	108	Desarrollar habilidades emocionales
75	Desarrollar la capacidad de expresión	109	Fortalecer la toma de decisiones
76	Flexibilidad	110	Resolución de problemas
77	Autoconocimiento	111	Saber decir no
78	Cambiar los hábitos cotidianos	112	Análisis de sus fortalezas y habilidades
79	Mantener interés por las cosas	113	Análisis y reconfiguración de juicios morales
80	Lograr objetivos	114	Resignificar la vida
81	Sentirse a gusto consigo mismo	115	Superación de defectos de carácter
82	Mantener y recuperar el sentido del humor	116	Fomentar valores morales
83	Percepción de que la vida tiene sentido	117	Plantearse metas de desarrollo
84	Restar importante a pensamientos de que le cae mal a alguien	118	Ayudar a otros
85	Respetar a los demás	119	Desarrollo de la espiritualidad
86	Tener en cuenta los derechos de los demás	120	Buscar un poder más allá del consumo
87	Tratar bien a los demás	121	Reconciliarse y valorar sus vivencias durante el consumo
88	Construir una misión en la vida	122	Adopción de un estilo de vida donde los otros tengan lugar permanente
89	Cambiar patrones de vida	123	Compromiso social
90	Cambiar la forma de pensar, de actuar	124	Favorecer el desarrollo personal
91	Cambiar la forma de relacionarse	125	Conceder nuevo sentido a sus vínculos familiares
92	Capacidad para no tomarse tan en serio	126	Dominio reactivo
93	Estilo de vida saludable	127	Abandonar el hábito de consumo
94	Estilo de vida sano	128	Autoprotección
95	Recuperar la vida pasada	129	Pasar del consumo de riesgo al consumo controlado
96	Recuperar su identidad	130	Abstinencia

TABLA 2.2 CONTINUACIÓN

131	Autorregulación	141	Autorreacciones correctivas
132	Motivación como “un estado de disponibilidad” o deseo de cambiar	142	Autodeterminación
133	Motivación interna y externa	143	Autonomía
134	Autoeficacia	144	Crear nuevos estilos de vida libres de drogas
135	Capacidad de ejercer control sobre el propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan	145	Adquirir nuevos valores psicosociales
136	Agenciación humana	146	Que aprenda nuevas formas de enfrentar la vida
137	Confianza en la propia capacidad de ejercer cambios al actuar de determinada manera	147	Tener estrategias para no recaer
138	Reconstruir los patrones de pensamiento	148	Reuniones de autoayuda
139	Automonitoreo	149	Padrinazgo
140	Autoorientación	150	Autocontrol
		151	Buscar distracciones
		152	Planificación del día a día

Fuente: elaboración propia con base en 76 documentos revisados.

CONCLUSIONES

A partir de la bibliografía consultada, se identificó una tendencia a las generalizaciones y fragmentaciones en torno al tema de las adicciones, el sujeto que vive esta problemática y la rehabilitación, que tienden a simplificar la complejidad de este fenómeno. En muchos textos se pone énfasis en que el sujeto adicto vuelva a lo que perdió por el consumo, y predomina la tendencia funcionalista, enfocada en que el sujeto “sea funcional”, dejando de lado el tema del bienestar, la calidad de vida y la capacidad de agencia. De igual forma, se detectó que en la mayoría de los trabajos, el sujeto y sus capacidades no son el centro de las propuestas; además de presentar un entendimiento y desarrollo débil del análisis social, político, económico, en torno al consumo y las adicciones.

Dentro de la mayoría de los trabajos consultados, la capacidad de agencia es ocultada por la preocupación priorizada hacia el consumo. El entendimiento y desarrollo de la capacidad de agencia se describe, por lo común, en el cambio comportamental, cognitivo, programático e instrumental.

También fue posible identificar cómo en cada uno de las nociones de tratamiento, recuperación, reinserción social, cambio y transformación que involucran las estrategias y aportes para la intervención frente a las adicciones, se manifiestan los distintos matices de las posturas, dependiendo de la perspectiva utilizada para estudiar el fenómeno de las adicciones.

En la literatura consultada se encontró que los déficits que se le atribuyen al sujeto adicto tienen sus orígenes en su historia personal, pero se complejizan y evidencian con la adicción. Por lo que no se puede entender el tema de las adicciones o al sujeto adicto, desde una distancia prepotente y externa que desconozca la propia actividad, fractura, vulnerabilidad y experiencia de cada sujeto en los procesos de adicción. El inicio del consumo de sustancias, de actividades, de relaciones o de comportamientos que resultaron en adicciones, estuvo, de forma inevitable, marcado por la búsqueda de la vida.

La persona denominada adicta inicia el desarrollo de su adicción, a decir de algunos autores, “buscando el vínculo”, el cual es asociado a la sustancia, actividades o personas, y que remite a una acción satisfactoria durante un periodo de su vida. Es por eso por lo que los procesos de “rehabilitación” deberían construir “una vincularidad” que desarrolle en los sujetos la capacidad de libertad, pertenencia, afectividad, vincularidad y protagonismo como actores erguidos frente al mundo, en sí, la capacidad de agencia.

El sujeto adicto refleja las consecuencias de una sociedad quebrada, donde los caídos, en este caso los adictos, se vuelven desechables y son excluidos. Sin embargo, los sujetos adictos y las prácticas adictivas solo evidencian que algo no está funcionando bien en la sociedad y la capacidad de la sociedad de incluir, y del sujeto, de sentirse parte de una sociedad. En los estudios sobre adicciones se tiende a desaparecer al sujeto humano y se le otorga papel de actor a la droga, tanto por parte del consumidor, como de la familia, como por muchos terapeutas y otras perspectivas académicas, gubernamentales o institucionales.

El proceso adictivo es significativo para la persona, por lo que no se debe desconocer o querer cercenar la experiencia de los sujetos. Es necesario integrar como parte del desarrollo efectivo del proceso de “rehabilitación”, el reconocimiento de la identidad, capacidad y experiencia de los sujetos en su periodo activo en el mundo adictivo.

Existe un centralismo casi generalizado, en la mayoría de las propuestas y estrategias de tratamiento, por la eficacia y lograr la funcionalidad en los sujetos adictos. También se encontró que la mayoría de los tratamientos para personas con adicciones, ya sean con instrumentos sofisticados de medición o no, son diseñados desde el exterior. Aunque ninguna de las alternativas planteadas por los autores revisados se puede calificar de “inadecuada”, al desaparecer al sujeto de su entendimiento, diseño e implementación, se le vuelve a colocar ante la imposición del “ideal social” prescriptivo del cual huyó antes de desarrollar una adicción.

Por perfecta que sea la estrategia de rehabilitación, la decisión del sujeto siempre será determinante en última instancia, más allá de los recursos puestos en juego y de las buenas intenciones de los procesos de recuperación y prevención de las adicciones. La última palabra y la responsabilidad y capacidad efectiva de la recuperación se determina por la decisión y acción del sujeto sobre su problemática de adicción. Algunos autores humanistas plantearan “que el amor no es suficiente”.

Existe una tendencia en propuestas de “rehabilitación” en dar prioridad a que el adicto o la adicta recupere “lo que perdió” producto del abuso en el consumo: su identidad, su vida, sus redes, su familia, su pareja, sus pares; cuando muchas veces no hay mucho que “recuperar” en ese espacio y dinámica, para aquel o aquella que de ahí huyó. Por lo que es necesario contemplar la construcción de nuevas formas de relacionarse, no solo para la persona en recuperación sino para las personas de su entorno.

El desarrollo de la capacidad de agencia dentro de los procesos de “rehabilitación” o “recuperación” no tiene que ver con la llamada “reinserción a la sociedad” sino que tiene relación con la construcción de nudos incluyentes en un mundo que contemplen a vastos sectores de la sociedad excluidos, más allá del sujeto adicto. Es buscar la inclusión desde la acción colectiva.

La capacidad de agencia va a plantear la construcción del “nosotros”, de la colectividad, del compromiso social como alternativa y como un marco para mirarse a sí mismo, y desde ahí tender horizontes de un futuro más esperanzador. Lo cual puede favorecer el no sentirse desconectado, solo, excluido, silenciado, no mirado o no pertenecido. Hablar del desarrollo de la

capacidad de agencia como alternativa frente al tema de las adicciones es hablar de sentirse habitante legítimo de este mundo, de sentirse incluido y útil.

La perspectiva agencial de cara al tema de las adicciones ve a esta problemática como algo no ajena a la biografía de las personas como sujetos sociales. Se trata de ir más allá del individualismo globalizado para conformar espacios comunitarios, que logren reactivar y re-encantar, la ética del cuidado personal y del cuidado colectivo.

La persona adicta sigue representando una vida hasta el último latido de su corazón. Mientras haya vida, existe la posibilidad de desarrollar la capacidad de agencia, de caminar por un camino de vida donde haya un espacio en algún lugar del mundo, donde esté escrito su nombre a manera de pertenencia, y donde el precio no sea la muerte.

REFERENCIAS

- Albiach, M. C. (2004). *El proceso de cambio en la adicción a la heroína: un análisis a través de metodologías cualitativas* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. <http://hdl.handle.net/10803/10180>
- Anicama, J., Mayorga, E. & Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva*, 19(1) 7-27. <https://bit.ly/30RIJLN>
- Aristizábal, C., Cañón, S. C., Castaño, J. J., Castaño, L., García, K. J., Marín, J. L., Osorno, J. C. & Sánchez, G. L. (2013, enero-junio). Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales. *Archivos de Medicina*, 13(1), 11-23. <https://bit.ly/3wB7AVI>
- Bauman, Z. (2019). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Ben-Yehuda, O. & Siecke, N. (2018). Crystal methamphetamine. A drug and cardiovascular epidemic. *Heart Failure*. 6(3), 219-221.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M. E., Carreño, S., Juárez, F., Villatoro, J. & Rojas, E. (1996, marzo). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993. *Salud Mental*, 19(1), 1-5.
- Bernal, D. A. (2013). *La manifestación de la pulsión de muerte en las adicciones, estudio de seis casos de adictos en rehabilitación realizado en la fundación Remar en el periodo abril-julio del 2012* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/34kr1Wp>
- Bethancourt, B. (2011). *Ansiedad y depresión en adictos en recuperación. Estudio realizado en grupo de Narcóticos Anónimos zona 1 Quetzaltenango* [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar]. <https://bit.ly/3fFglag>
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E. & Dida-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376. <https://bit.ly/34fMzn1>
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Anagrama.
- Castells, M. (2006). *La sociedad red*. Alianza editorial.
- Castillo, P. I. & Gutiérrez López, A. D. (2008, septiembre-octubre). Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(5), 351-359. <https://bit.ly/2SnZfWq>
- Ceballos, F. (2016). *Taller de reflexión: abordaje para consolidar la sobriedad en adictos recuperados*. [Tesis de licenciatura, Universidad Siglo XXI]. Repositorio Institucional. <https://>

- repositorio.21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10618/Taller_de_reflexion_-_Aboradaje_para_consolidar_la_sobriedad_en_adictos_recuperados.pdf
- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 76(4), 210-217. <https://bit.ly/3yOKo9Q>
- Coello, R. M. (2016). *Factores psicológicos que provocan estrés en las personas adictas a la cocaína en la fase de rehabilitación* [Tesis de licenciatura, Universidad técnica de Machala]. Repositorio digital. <https://bit.ly/3vqxQBG>
- Correa, A. M. & Pérez, A. (2013, julio-diciembre). Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. *Liberabit*, 19(2), 153-162. <https://bit.ly/3vqwx5W>
- De Rivera, L. (1993). Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia. *Psiquis*, 14(2), 61-70. <https://bit.ly/3fPJfER>
- Díaz-Heredia, L. P., Muñoz-Sánchez, A. I. & Durán-de Villalobos, M. M. (2012, agosto). Recuperación de la adicción al alcohol: una transformación para promover la salud. *Aquichan*, 12(2), 122-133. <https://bit.ly/2RCEPjN>
- Di Pardo, R. (2009, enero-abril). La sobriedad como bien. *Desacatos*, No.29, 173-178. <https://bit.ly/3yxmifo>
- Diccionario Etimológico Castellano en Línea. (s.f.). *Radicación de la palabra agencia*. <https://etimologias.dechile.net/?agencia>
- Flores, D. M. (2010, enero). El autocontrol y las adicciones. *Elementos. Ciencia y Cultura*, No.77, 3-7. <https://bit.ly/3hV3rHU>
- García, H., Verdecia, M. R. & Fernández, A. (2011). Estrategias de sostén de la abstinencia de alcohol en un grupo de dependientes rehabilitados. *Rev. Hosp. Psiquiatr*, 8(1).
- García, M. (2017). *Proyecto para el desarrollo de habilidades sociales en personas drogodependientes adultas* [Trabajo fin de grado, Universidad de Valladolid]. <https://bit.ly/3wA7JbE>
- García, V., Luque, B., Santos Ruiz, M. & Tabernero, C. (2017). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Salud y drogas*, 17(2), 125-136. <https://bit.ly/3ukcoi8>
- Giddens, A. (2001). *En el límite: la vida en el capitalismo global*. Tusquets Editores.
- Guber, V. (2015). *Construcción y mantenimiento de la motivación para el cambio de las conductas adictivas con foco en el alcohol y otras drogas (AOD)* [Tesis de licenciatura, Universidad de la República]. Base de datos. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7528>
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A. & Juárez, F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos (AA). *Salud Mental*, 30(4), 62-68.
- Hernández, L. (2015). La adicción: un goce secreto del exterminio del sujeto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 1-22. <https://bit.ly/2QQSlbJ>
- Hernanz, M. (2015, abril-junio). Adolescente y nuevas adicciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 309-322. <https://bit.ly/3yzdl89>
- Hopenhayn, M. (2008). La droga como gesto en juventudes desencajadas. *Revista Análisis*, No.7, 97-107. <https://bit.ly/3oRXU6c>
- Jácome, L. P. & Mogollón, J. A. (2012). *El pensamiento constructivo bajo la visión de la inteligencia emocional en personas alcohólicas* [Informe final del trabajo de titulación de Psicología Clínica, Universidad de Quito]. <https://bit.ly/2QQGpHo>

- Jiménez, J. A. & Burgos, J. M. (2016). *Análisis de la función psíquica de la afectividad de jóvenes adictos al alcohol en la fase de abstinencia* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Digital UTMACH. <https://bit.ly/3bRT6Zo>
- Kaës, R. (2005). *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales: elementos de la práctica psicoanalítica en institución*. Paidós.
- Martínez, A. (2016). *Importancia de la resiliencia e inteligencia emocional en el consumo de cocaína* [Tesis doctoral, Universidad de Castilla-La Mancha]. <https://bit.ly/34hLgEf>
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98–109. <https://bit.ly/3fNgmZS>.
- Molina, A. J. (2013). Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro. *Adicción y Ciencia*, 3(1), 1–5. <https://bit.ly/3X3xhg7>
- Moral, M., Sirvent, C. & Blanco, P. (2011). Adicciones y déficits en asertividad. *Revista psicología.com*, 15(8), 1–21.
- Moral, M. & Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista española de drogodependencias*, 33(2), 150–167.
- Morcillo, J. (2016). *Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína* [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández]. <https://bit.ly/3vt9iZ6>
- Moreno, M. (2016). *Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento del estrés en personas adictas a sustancias* [Trabajo de grado, Universidad Pontificia de Madrid]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/34lIz4F>
- Mosquera, J. C., Artamónova, I. & Mosquera, V. S. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia. *Investigaciones Andina*, 13(22), 194–210. <https://bit.ly/3oOQ7X3>
- Najmanovich, D. (2005). Estética del pensamiento complejo. *Andamios*, 1(2), 19–42.
- NIDA. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. <https://bit.ly/3unWlOP>
- NIDA. (2019). *Abuso y adicción a la metanfetamina-Reporte de investigación*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina/panorama-general>
- Orozco, M. M. (2016). Conductas resilientes en pacientes en proceso de rehabilitación por el consumo de cocaína [Trabajo de titulación, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/8420>
- Ortiz, O. & Galaviz, G. (2016). Entre la espera y la esperanza: construcción de la esperanza en internos de centros de rehabilitación para usuarios de drogas. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [en línea], Débats. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.68925>
- Pérez, A. (2007, enero). Consumo de alcohol y otras drogas: recuperación natural y sus mecanismos de cambio. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*. <https://bit.ly/3fIHsRP>
- Pons, X. (2008, julio-diciembre). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157–186. <https://bit.ly/3wwIsiG>
- Rivera, M. (2010). El manejo de la pérdida, el trauma y el proceso de duelo en la consejería a personas con abuso de sustancias. *Análisis*, 16(1), 19–30. <https://bit.ly/3yxijC6>
- Rengifo, A., Tapiero, C. & Spinel, C. (2005). Receptores GABAA (ácido-aminobutírico) y su relación con la dependencia al alcohol. *Ingeniería y Ciencia*, 1(1), 77–96. <https://bit.ly/2Rko63C>

- Romo, N. (2003). Reducir riesgos desde la perspectiva de género: usuarios de drogas de síntesis en la fiesta. En *Bloque IV: Daños a la salud asociados al consumo de drogas* (pp. 147-156). Universidad de Granada. <https://bit.ly/3viP4Rw>
- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. En *Uso de drogas y drogodependencias* (Monografías Humanitas) (pp. 69-83). <https://bit.ly/2SsSYbY>
- Rubio, F. (2001). Proceso de la construcción de un enigma: la exclusión social del drogodependiente. *Nómadas*, No.4, 1-14. <https://bit.ly/3fnakQy>
- Sánchez-Hervás, E. & Llorente Del Pozo, J. M. (2012, julio-septiembre). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24(3), 269-280. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289123569011.pdf>
- Serrano, A. (2017). *Control cognitivo y regulación emocional en las adicciones* [Tesis de licenciatura, Universidad de Jaén]. <https://crea.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/6105>
- Slapak, S. & Grigoravicius, M. (2007). Consumo de drogas: la construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones*, Vol.14, 239-249. <https://bit.ly/34fENJY>
- Torres, K. (2014). *Factores que mantienen la abstinencia en ex-adictos que han recibido tratamiento de los Doce Pasos* [Tesis de licenciatura, Universidad San Francisco de Quito]. <https://bit.ly/3bRhZ7K>
- Touraine, A. (2005). Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy. Paidós Ibérica.
- Tirapu, J. T., Landa, N. & Conde, I. L. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*, 15(3), 255-272. <https://bit.ly/34mJQYY>
- Valverde, L. A. & Pochet, J. F. (2003). Drogadicción: hijos de la negación. *Ciencias Sociales*, 1(99), 45-55. <https://bit.ly/3oS5jmo>
- Weinberg, D. (2008). Hacia un entendimiento post-humanista de la adicción. *Política y Sociedad*, 45(3), 159-176. <https://bit.ly/34eQsZE>
- Zemelman, H. (2010). Sujeto y subjetividad: la problemática de las alternativas como construcción posible. *Polis*, 9(27), 355-366. <https://bit.ly/3wzSuiY>

Las emociones y la adicción. Una trama en la vida

SOFÍA CERVANTES RODRÍGUEZ

El estudio de las emociones es complejo, polifacético y, en no pocos casos, dificultoso y enmarañado; más que ser un problema, denota la riqueza del campo. Estudiar las adicciones es estudiar las emociones dado que resultan inseparables, y aunque algunos subrayan que las personas adictas son *emocionalmente especiales*, lo cierto es que las emociones hacen especial a cada uno.

El texto que ahora se presenta tiene como objetivo establecer un diálogo con las comprensiones que diversos autores han tenido con respecto a las emociones y su nexa con las adicciones. Si bien se focaliza en el consumo de sustancias tóxicas, también incluye conductas y desempeños que en la actualidad (2024) se catalogan como adicciones comportamentales o “nuevas adicciones”.

Algunas de las afirmaciones que se sostienen a lo largo del documento dicen que:

- a) En el impulso, sostenimiento, sobriedad y la recaída en la adicción, las emociones juegan un papel central.
- b) Toda adicción emerge y convoca ciertos estados emocionales, sea para emocionarse o para el adormecimiento emocional.
- c) La emocionalidad, como constitutiva del ser humano, no puede dejarse de lado en la adicción.

Para abordar el entretrejido que conforman las emociones y las adicciones, se revisaron 103 fuentes que se agruparon en tres dominios:

1. Fuentes especializadas: revistas arbitradas y de difusión.
2. Producciones académicas que incluyen tesis, intervenciones socioprofesionales y casos clínicos.
3. Organismos de trabajo con personas adictas.

Estas fueron complementadas con 24 obras académicas especializadas en el estudio de las emociones a fin de solventar los vacíos encontrados, en el entendido de que, al decir de F. Bolinches, Pura de Vicente, M. Reig, Gonzalo Haro, José Martínez y Gaspar Cervera (2003), tanto los distintos conceptos de emoción como de adicción son modelos explicativos sin los cuales sería difícil avanzar en el conocimiento.

El capítulo está organizado de la siguiente manera: se inicia con un breve balance de los textos consultados, en donde se hace una descripción general de las principales líneas de interés en la producción académica referentes al tema de las adicciones y las emociones. Enseguida, se exponen algunas nociones de las emociones, desde una revisión a las principales propuestas teóricas para su estudio. Más adelante se presenta el nexa entre el fenómeno adic-

tivo y las emociones explicitado en la literatura, retomando conceptos como la Inteligencia Emocional, la regulación emocional, y la toma de decisiones. Después, se aborda cómo la persona adicta está en búsqueda del abatimiento de la distimia y de estados de excitación que hagan la vida emocionante, y se desarrolla el tono hedónico como un potencial impulsor de la adicción. Al finalizar, se desarrolla cómo los tratamientos, más que apuntar al cese de consumo, han de comprender una recuperación emocional, y se exponen algunas conclusiones.

BALANCE

En un abreviado balance de los textos consultados podemos decir que poco más de la mitad abordan las emociones desde una óptica funcionalista, es decir, que las emociones son entendidas como dinanismos encaminados al control de los impulsos adictivos (*craving*); un control al que se le suele denominar regulación emocional. Después, prevalecen los trabajos que enfatizan el desarrollo de las habilidades socioemocionales que conforman la Inteligencia Emocional (IE) en la prevención, tratamiento, rehabilitación y la reinserción social de personas con problemas de adicción (de todo tipo). Seguidos por la comprensión desde la perspectiva sociológica respecto al consumo de drogas, la cual aborda la incidencia del contexto sociocultural, el establecimiento del vínculo con los demás y los atributos que se le asignan, el papel de la educación, la familia y las políticas públicas, entre otras cuestiones.

Por la parte de los textos generados por organizaciones especializadas en el trabajo con personas adictas, se encuentra una amplia y diversa difusión de documentos gratuitos en Internet, en donde sobresale el papel central que le asignan a las emociones en la problemática adictiva. Algunas de las problemáticas emocionales que identifican y tratan son el vacío afectivo, la sobriedad emocional, el sufrimiento emocional, el síndrome de la borrachera seca y la adicción emocional, entre otros.

En lo referente al origen del material consultado, es evidente la extensa producción proveniente de España y de Estados Unidos. La de este último país se caracteriza por la relevancia que se le otorga al consumo de alcohol y sustancias como las anfetaminas, morfina, cocaína, cristal, cannabis, etcétera, así como la existencia de una extensa red de organismos dedicados a su tratamiento, los cuales conceden relevancia al trabajo con las emociones.

Por su parte, la producción española resalta la incidencia del contexto social en el consumo de sustancias tóxicas, pero también en las conductas adictivas como al Internet, las compras, los alimentos, el sexo y el juego. En efecto, se observó que en el continente europeo y en el asiático, se ha prestado mayor atención a las adicciones denominadas *emergentes*, en donde se focaliza, de forma prioritaria, el uso adictivo al Internet y a las redes virtuales, el cual también ha venido al alza en México.

En Asia se han estudiado problemáticas como la ludopatía (Chim, 2011) y la correlación entre la adicción al Internet y trastornos de estados de ánimo (Ju-Yu et al., 2018; Sang-Min, Sujin & Geunyoung, 2003). Mientras que en Europa prevalece el interés en el tema de la prevención a la adicción al Internet, juegos de azar y videojuegos, mediante el desarrollo de habilidades de la Inteligencia Emocional (García, J., García, J. M., Gázquez-Pertusa & Marzo-Campos, 2013).

Asimismo, resalta el debate alrededor de la diferencia entre actividades que se pueden considerar sanas y las que se acercan a una patología, como lo es la adicción al sexo, al deporte, a relaciones afectivas, o al trabajo (Olano, 2016; Casals-Campos & Plaza-Bernabeu, 2015; Campbell, 2010; Van Rooji, Schoenmakers, Vermulst, Regina, Eijnden & Van de Mheen,

2010). Por ejemplo, David Chim (2011) señala que a pesar de que no hay una definición clara de la adicción al Internet, esta ha de considerarse un trastorno biopsicosocial, que requiere un abordaje médico.

Finalmente, en Estados Unidos se ha enfatizado en la dependencia a la relación interpersonal, también llamada codependencia (Hazelden Betty Ford Foundation, 2018a; Hilt, Bouvet & Collins, 2015). Y en Latinoamérica, se mantiene el interés en el estudio de la adicción al Internet (Araujo-Robles, 2015), y la relación de las adicciones con los momentos de ocio pasivo en adolescentes (García-Arango, 2018).

En términos generales, el entendimiento de las emociones en el marco de la adicción suele estar cargado hacia lo biológico, lo psicológico o lo social, lo que es entendible según el interés predominante y también da cuenta de su complejidad y de los esfuerzos por mayores comprensiones.

Desde la perspectiva social o sociocultural, se ha abordado la relevancia de los vínculos sociales y los estilos de apego (Barilari, 2001; Garrido-Rojas, 2006; De Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2006), la conflictiva social que encuentra su remedio en la drogodependencia (Testoni, 1997), el papel de las expectativas sociales y su relación con el inicio, mantenimiento, y / o recaída en la adicción (Mora-Ríos & Natera, 2001; Salinas, 2014), el vínculo entre el género, la violencia y las adicciones (Berenzon-Gorn, Galván-Reyes, Saavedra-Solano, Bernal-Pérez, Mellor-Crume y Tiburcio-Saínz, 2014; Alonso-Castillo, López-García, Esparza-Almanza, Martínez-Maldonado, Guzmán & Alonso-Castillo, 2009; Medina-Mora & Rojas-Guiot, 2003), la incidencia de los entornos violentos en el consumo de sustancias en los jóvenes (Arellanes-Hernández & Pérez-Islas, 2011; Arreola & Arellano, 2016; Guzmán-Facundo & Pedrao, 2008), la relación entre el estatus socioeconómico y las adicciones (Valencia-Guzmán, Gutiérrez-Rico & Gutiérrez-Homma, 2016) y el estigma hacia las personas con adicciones (Mercado-Maldonado & Briseño-Cruz, 2014).

Resalta la mirada desde las neurociencias —campo en donde han sido notorios los estudios de las adicciones— que muestran un interés predominante por la identificación y funcionamiento de las estructuras neurocerebrales implicadas en la adicción (Elster, 2000; Bolinches, De Vicente, Reig, Haro, Martínez & Cervera, 2003; Koob, 2015; Murphy, Taylor & Elliott, 2015; Ramos-Cejudo & Iruarrizaga, 2009). Aunque también es posible ver trabajos que involucran la dimensión social-relacional, así como a las estructuras biológicas y neurológicas en el problema de las adicciones, tal como el de Jöel Billieux y Martial Van der Linden (2010).

En los textos generados por organizaciones especializadas en el trabajo con personas adictas, se encuentra una amplia y diversa difusión de documentos gratuitos en Internet, en donde sobresale el papel central que le asignan a las emociones en la problemática adictiva. Algunas de las problemáticas emocionales que identifican y tratan son el vacío afectivo, la sobriedad emocional, el sufrimiento emocional, el síndrome de la borrachera seca y la adicción emocional, entre otros.

LAS EMOCIONES. ALGUNAS NOCIONES

Es sobrado el reconocimiento del papel que juega la experiencia emocional en la problemática que presentan las personas con adicciones en los distintos ámbitos de la vida —familiar, relacional, comunitario, de pareja, laboral, social, espiritual, etcétera—. Abundantes trabajos y planteamientos dan cuenta de ello, como el de Hugo César Morales-Ortíz (2007), quien resalta la importancia de las emociones en la vida cotidiana y la poca atención que se

les da a pesar del impacto que tienen en la calidad de vida de las personas. Bolinches et al. (2003) insisten en la necesidad de seguir trabajando a fin de construir teorías acerca de las emociones que permitan distinguirlas en sus diferentes manifestaciones, en particular en la conducta adictiva.

Aunque la totalidad de los trabajos consultados reconoce la relevancia de las emociones en los problemas adictivos, son escasos los que aclaran cuál es el concepto de emoción que plantean y el marco desde donde lo hacen. El estudio de las emociones es tan extenso que obliga la clarificación de la postura adoptada y cómo se establece la relación con las adicciones.

En la literatura se encontró una vasta producción desde las neurociencias, que se apoya en la explicación neurobiológica para dilucidar el vínculo entre el consumo y las emociones. Ejemplo de ello es el trabajo de George F. Koob (2015), el cual comprende a la adicción como una fisiopatología emocional grave.

El autor parte del entendimiento de las emociones como estados de “sentimiento” y respuestas emotivas fisiológicas clásicas que se interpretan según la historia del organismo y su contexto. En este marco, las drogas de abuso provocan intensas emociones que van desde una euforia pronunciada hasta estados emocionales devastadores que en extremo, crean rupturas de la homeostasis, y por lo tanto, un estado hedónico alostático que se ha considerado clave para la etiología y el mantenimiento de la fisiopatología de la adicción.

Aunado a la comprensión de las emociones como respuestas fisiológicas, está la propuesta de Peter J. Lang (1985, citado en Prieto–Moyá, Ramírez–Alfonso, Ramírez–Aycar & Ouro–Corredera, 2014), uno de los planteamientos más referidos respecto a las emociones en el marco de la adicción, el cual sostiene “como base de todo fenómeno emocional dos parámetros o coordenadas, el valor afectivo y la activación fisiológica de la emoción” (p.6). Mediante lo primero se identifica si el estímulo que provoca la emoción contribuye o no al equilibrio, y lo segundo hace referencia al grado de intensidad en que se activan los circuitos neuronales que responden a los estímulos positivos y negativos. Francisco Aguilar, Antonio Verdejo, Ángeles López, Matilde Montañez, Encarnación Gómez, Francisco Arráez y Miguel Pérez (2008a) también se afilian a este modelo que ubica las experiencias afectivas en tres formas de expresión: conductual, fisiológica y autoevaluativa.

Bajo esta misma línea, Anna Murphy, Eleanor Taylor y Rebecca Elliott (2015) se suscriben al entendimiento de las emociones como estados internos, respuestas predominantemente biológicas que se suscitan ante los estímulos externos. Para estos autores, las emociones son fenómenos que reflejan la función de los circuitos neurocerebrales que permiten que un organismo sobreviva y prospere detectando desafíos y respondiendo a las oportunidades que le presenta el entorno. Las emociones son respuestas cerebrales —liberación de los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina, la liberación de hormonas y el aumento de la frecuencia cardíaca— que ocurren ante un potencial peligro o ante suministros indispensables para la sobrevivencia; esta concepción de emociones tiene como fin lograr su evaluación para que sean experimentalmente manejables.

En las definiciones antes citadas se enfatiza la activación fisiológica y el correlato neurobiológico de las emociones, así como su utilidad para la supervivencia humana. Al respecto A. Julia Prieto–Moyá, Henar Ramírez–Alfonso, Irene Victoria Ramírez–Aycar y Daniel Ouro–Corredera (2014) afirman que las emociones son localizables y objetivables, ya que mediante técnicas de neuroimagen es posible encontrar las áreas del cerebro relacionadas con las emociones, como la amígdala, el córtex orbitofrontal, la ínsula y el cíngulo ante-

rior, y sostienen que su función es adaptativa puesto que “facilitan la conducta apropiada a cada situación” (p.3).

Si bien estos autores reconocen los elementos sociales de las emociones, se refieren a ellas más como estímulos discriminativos que anteceden una conducta. Tal noción coincide con lo expresado por Rafael Bisquerra (2009), quien entiende a las emociones como “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción” (citado en Morcillo-García, 2015, p.20).

El proceso de evaluación emocional implica el componente cognitivo, en el que algunos autores ahondan, abatiendo la dicotomía establecida entre razón y emoción. De acuerdo con Dulce Romero-Ayuso, Yolanda Mayoral-Gontán y José Matías Triviño-Juárez (2016), la terapia cognitivo conductual sí considera a las emociones como reacciones generadas por los hechos que se viven de manera cotidiana, pero también sostiene que los pensamientos y las creencias con los que se afrontan, estos acontecimientos son por sí mismos generadores de emociones. De esta forma, los pensamientos determinan las emociones y las emociones determinan la conducta.

Jon Elster (2000) enfatiza la importancia de reconocer el sustrato neurofisiológico que se encuentra presente en toda conducta humana, y que, en el caso de las emociones y la adicción, son influenciados por las creencias. A manera de ejemplo se señala cómo *la química del amor* es producida por las anfetaminas, y que en ambos casos —las adicciones y el amor— el organismo recorre los mismos circuitos neuronales; solo que la diferencia estriba en que el primer estado es producido por la sustancia, mientras que el otro, es producido por un sistema de creencias. Esta estrecha relación entre las emociones y el sistema de creencias de un individuo también fue señalada por Kimerer LaMothe (2012).

En relación con lo anterior, Bolinches et al. (2003) resaltan que resulta más productivo propugnar por una interacción continuada entre procesamientos, tanto cognitivos como afectivos, dado que el proceso emocional implica un procesamiento cognitivo, y a la vez, este último se encuentra modulado por la experiencia emocional. Eugenia Epstein (2013) acorde a ese razonamiento reconoce que las emociones afectan al sistema cognitivo y viceversa, lo que se contrapone a la disociación entre ambas dimensiones humanas.

Las emociones también han sido estudiadas desde dos sentidos: el concreto, como “algo que ocurre” (Elster, 1999; 2000), o bien, como disposiciones (Bolinches et al., 2003; Elster, 2000). El primer sentido comprende lo sostenido por Bolinches et al. (2003), quienes explican cómo las emociones son “como ‘cosas’ que nos pasan, más que ‘cosas’ que nosotros conscientemente hacemos que se produzcan” (p.344). Estas “cosas que pasan” el individuo las vive en un contexto subjetivo “como una conmoción del estado de ánimo, estado afectivo, que se ve barnizada de forma placentera o displacentera, acompañada de un componente fisiológico que involucra el sistema nervioso autónomo y uno conductual-expresivo” (Prieto-Moyá et al., 2014, p.3).

En cuanto a las disposiciones, se entienden como propensiones de una persona a emociones concretas. Asemejándose a lo que Antonio R. Damasio (2001) llamó la “sensación de fondo”, que parece ser un fiel índice de momentos que se dan en el estado interno del organismo y que tienen estrecha relación con lo que se reconoce como el estado de ánimo.

Una concepción que reúne varios elementos de las propuestas mencionadas, y que es utilizada de forma extensa en la literatura consultada, parte de la Inteligencia Emocional con base en el planteamiento de Peter Salovey y John D. Mayer (1990). Para estos autores, las emociones son respuestas organizadas que van más allá de los límites del subsistema

psicológico, pues incluyen el ámbito fisiológico, cognitivo, motivacional y experiencial. Las emociones surgen como respuesta a eventos, sean internos o del exterior, que tienen significados para el individuo, sean positivos o negativos. La respuesta emocional, afirman, es caracterizada por su duración, es más corta e intensa, a diferencia de otros estados afectivos que son duraderos y persistentes. Y si bien coinciden con los autores pasados en su función adaptativa, enfatizan su potencial de conducir a transformaciones personales y sociales.

En suma, la mayoría de las y los autores que explicitan a qué se refieren con emoción, la consideran como reacciones internas, perturbaciones, “cosas que pasan” ante estímulos externos o cognitivos, y que se manifiestan en alteraciones neurobiológicas, pasan por un proceso de evaluación subjetiva, y desembocan en una conducta observable que tiene como objetivo la adaptación o supervivencia del individuo.

No obstante, se han reconocido las limitaciones de tal mirada, y se ha insistido en la necesidad de contar con una perspectiva biopsicosocial en el estudio de las emociones (Bolinches et al., 2003). Elster (1999; 2000), por ejemplo, señala el elemento de indeterminación presente en el estudio de las emociones, aun cuando estas sean comprendidas como patrones causales discernibles que implican mecanismos con componentes neurobiológicos. Para este autor, el rango de indeterminación presente en las condiciones desencadenantes de la emoción y sus consecuencias hace que resulte complicado establecer los mecanismos emocionales tanto en experimentos de laboratorio como en la vida diaria, por lo que reconoce las aportaciones de fuentes de conocimiento como la filosofía, la psicología y la literatura en el estudio de las emociones. Esta visión sociocultural de las emociones se explicita más adelante.

Asimismo es importante rescatar las aportaciones generadas desde las ciencias sociales. Arlie Russell Hochschild (1979; 1990), por ejemplo, se contrapone a la comprensión de las emociones como “cosas que nos pasan”, lo que desconoce estudios que demuestran que el ser humano tiene la capacidad de modificar sus emociones con el fin de lograr ciertos objetivos, de adaptarse a un entorno o una situación según los criterios establecidos por un contexto histórico, social y cultural determinado. Las emociones pasan de ser reacciones internas a ser construcciones sociales (Hochschild, 1979; 1983; 1990; Lutz, 1986; MacCarty, 1989).

Sin embargo, son pocos de los autores revisados que al explicitar qué comprenden por emoción, reconocen tal dimensión social. A modo de ejemplo, Ana Laura Arreola y Aideé Consuelo Arellano (2016) retoman el concepto de emoción del *Oxford English Dictionary*, que la define como una agitación y trastorno de la mente, o cualquier estado vehementemente excitado; no obstante, su estudio de las emociones se sustenta en la sociología weberiana y el construccionismo.

Desde esas aproximaciones teórico-metodológicas afirman que la vida social tiene como eje las emociones, su formulación lingüística, el repertorio y el vocabulario emocional que las conceptualiza. Además, exploran las consecuencias sociales y el papel que juegan en la interacción social, así como el análisis de las situaciones estructuradas en las cuales emergen y la relación que tienen con las estructuras institucionalizadas. Los autores asocian las emociones —el miedo en particular— con la percepción, la valoración de situaciones de riesgo y la incidencia de los dinamismos familiares, culturales y sociales que participan en la adicción.

Para finalizar, se observa que en general, los trabajos que se refieren a la implicación de las emociones en la problemática adictiva suelen ser lejanos (salvo excepciones) a los desarrollos actuales en el estudio de las emociones, como son los de Rocío Enríquez-Rosas (2009), Paul du Gay y Graemen Salaman (1992), Alicia Grandey (2000), Noemí Gómez-Gómez (2017), Hochschild (1979; 1983; 1990), Kemper (1990, citado en Bericat, 2000) y MacCarty (1989),

que cuentan con valiosas aportaciones que podrían nutrir la comprensión de los fenómenos adictivos.

NEXOS DEL FENÓMENO ADICTIVO Y LAS EMOCIONES

Inteligencia Emocional

Los desarrollos más profusos en cuanto a los nexos del fenómeno adictivo con la experiencia emocional se ubican en el marco de la Inteligencia Emocional (IE) e incluyen una gran diversidad de planteamientos. Es importante mencionar que del total de las 101 fuentes consultadas que reconocen a la IE como un importante recurso para hacer frente al problema adictivo, registramos solo algunas de las aportaciones dado lo extenso del material.

Esta propuesta tiene como antecedente la denominada Teoría de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner (1987), la cual precedió a las formulaciones realizadas por Salovey y Mayer (1990), quienes definieron a la Inteligencia Emocional como una de las habilidades socioemocionales que otorga la capacidad de monitorear los sentimientos y emociones propios y ajenos, discriminar entre ellos y usar esta información para orientar el pensamiento y las acciones. Para estos autores, la IE cuenta con cuatro grupos de habilidades básicas:

1. Evaluación y expresión de la emoción (propia y de los demás).
2. Regulación de la emoción (propia y de los demás).
3. Utilización de la emoción, de la que se desprenden; planificación flexible, pensamiento creativo y redirección de la atención.
4. Motivación.

La mayor parte de la extensa producción de la IE en relación con las adicciones se afilia al concepto de Salovey y Mayer (1990). En tanto que Daniel Goleman (1995; 1998), autor más reconocido en la actualidad, promueve la IE como el conjunto de habilidades para percibir, entender, razonar y manejar las emociones de uno mismo y de los demás; habilidades susceptibles de ser desarrolladas gracias al aprendizaje social.

Desireé Ruiz-Aranda, Pablo Fernández-Berrocal, Rosario Cabello y Natalio Extremera (2006) conciben la IE como el conjunto de habilidades encargados para percibir, comprender y regular las emociones, agregan, de manera *adecuada*. Bajo tal razonamiento, plantean que las personas que tengan más desarrolladas estas habilidades no recurrirán al consumo de drogas. Afirmación que concuerda con Marcarague (2015), quien expresa cómo las habilidades de la IE se asocian con la disminución de conductas de riesgo que promueven el consumo de sustancias de alcohol y tabaco en adolescentes.

José García, Álvaro García, Mónica Gázquez-Pertusa y Juan Carlos Marzo-Campos (2013), en consonancia con los autores antes mencionados, afirman que una menor capacidad para percibir de forma adecuada las emociones se relaciona con una mayor facilidad a que el consumo se convierta en un medio para la regulación emocional para subsanar experiencias emocionales. Además, proponen comprender a la IE como rasgo y como capacidad, explicitando cómo sus habilidades no pueden verse en términos de todo o nada sino que cuentan con gradientes de desarrollo.

Al analizar las destrezas de la IE en pacientes adictos a la cocaína en abstinencia Romero-Ayuso et al. (2016) encontraron que sus participantes mostraban dificultades en el análisis

de emociones complejas y en su respuesta emocional, así como en el manejo de estrés, el control de los impulsos y la regulación emocional; lo cual tenía consecuencias negativas en sus interacciones de la vida diaria.

A conclusiones similares llegó Alba Fernández-Barrilado (2015), quien realizó una intervención con el objeto de promover el desarrollo emocional de un grupo de personas adictas en situación desfavorable —como vivir en la calle y sin apoyo social o familiar— que participaron en el programa ambulatorio “Proyecto Hombre Granada”. En sus resultados, reportó el consumo abusivo de sustancias de estas personas y su estrecha relación con dificultades socioemocionales. En particular, señala que cuando sus participantes se encontraban en situaciones incómodas que les producían emociones como tristeza, presión, decepción o ira, tendían a consumir y a recaer, esto es, les resultaba sumamente difícil *utilizar* sus emociones en la abstinencia.

De igual forma, Epstein (2013) analizó los niveles de IE en individuos en tratamiento por consumo, y los comparó con los resultados de individuos que no consumían. La hipótesis central de su trabajo es que estos últimos tendrían mayor puntuación total en IE. Los hallazgos de su investigación corroboran que en la dimensión interpersonal de la IE, los resultados demostraron ser menores en el grupo clínico que en el grupo control (no consumidores), en particular en cuanto a la empatía, la relación con el otro y la responsabilidad social.

En resumen, se coincide en cierto perfil emocional del adicto caracterizado por grandes dificultades para manejar sus emociones. De esta forma, se sostiene que aquellas personas que tienen un mayor desarrollo en sus habilidades emocionales no recurrirán al consumo de drogas, por ejemplo, para regular estados emocionales considerados *negativos*, cualesquiera que sean. Mientras que los consumidores de sustancias adictivas tienen dificultades para conocer e interpretar el significado de sus emociones, así como para expresarlas y empatizar emocionalmente con los demás.

Al ser las emociones elementos determinantes para el consumo y el desarrollo de una adicción, se han planteado en términos de prevención estrategias que consideran el desarrollo de las habilidades emocionales de la IE, como un factor protector ante el consumo, en específico de aquellas sustancias con mayor disponibilidad y aceptación social (Fernández, Jorge & Bejar, 2009).

La Inteligencia Emocional (IE) cuenta con planteamientos valiosos en términos del desarrollo emocional, aunque también, dada su enorme aceptación, existen diversas interpretaciones, las más de las veces, de corte mercantilista. Sin embargo, son numerosos los planteamientos de la IE que promueven el impulso al desarrollo, el que, sin lugar a duda, tiene como piedra angular una emocionalidad en constante crecimiento.

Numerosos programas educativos tienen como eje el desarrollo de la IE en niños y adolescentes, particularmente para prevenir conductas adictivas (como al internet o el teléfono móvil) y el consumo de adictivos que cuentan con gran aceptación y la permisividad familiar y social, como el alcohol y el tabaco. Desde la perspectiva psicológica y de la psicoterapéutica una gran parte de los desarrollos también hacen referencia a las habilidades emocionales que se proponen desde la Inteligencia Emocional.

Con todo, resulta relevante señalar las limitaciones y problemáticas presentes en el planteamiento de la IE. En primer lugar, en la actualidad estos desarrollos se han trasladado a diversos ámbitos, de forma particular al laboral, en donde han sido aceptados de manera amplia a fin de que los trabajadores desarrollen la competitividad requerida, según lo que se entiende por éxito en una sociedad mercantilista.

Goleman (1998), incluso, toma como eje de su trabajo las solicitudes que hacen los empresarios a sus trabajadores en términos de la Inteligencia Emocional. Una muestra de ello es que la motivación, reconocida como un rasgo fundamental en cualquier labor, es entendida como tener iniciativa, tomar en cuenta las preferencias para buscar y alcanzar objetivos, rebasar los contratiempos y las frustraciones, además de gestionarlas de manera eficaz.

Un asunto que consideramos relevante es que, como en el ejemplo anterior, suele ser frecuente que la IE sea abordada desde una perspectiva instrumental, esto es, a partir de significados y connotaciones que ligan a las emociones con la adaptación de las personas a ciertos entornos y legislaciones con la consecuente reprobación cuando no se ajustan a estos estándares.

De ahí que en el entendimiento de la IE, se enfatice una función emocional de corte utilitarista que tiene como fin predominante la consecución de ciertos logros, tal como lo sugieren afirmaciones como las siguientes:

- a) El autoconocimiento implica la expresión correcta de lo que se siente.
- b) La regulación emocional equivale al control y manejo adecuado de los impulsos.
- c) La motivación ha de ser enfocada en el uso adecuado de las emociones a fin de lograr ciertas metas (ejemplo; si se tiene una pérdida permanecer optimista y en control para orientar de mejor manera las acciones).
- d) La empatía como una respuesta adecuada a las necesidades y emociones de los demás.
- e) La relación interpersonal entendida como la habilidad de establecer relaciones de manera efectiva con los demás y contagiando positivamente ciertas emociones.
- f) La habilidad para automotivarse y hacer frente a las frustraciones controlando los impulsos y demorando la gratificación.
- g) Regular el humor y evitar trastornos que mermen la capacidad de juicio sin perder la esperanza.

Estas aseveraciones y otras más son referidas por diversos autores, entre los que se encuentran Epstein (2013), Fernández-Barrilado (2015), Alicia Mascaraque-Muñoz (2015), Morales-Ortiz (2007), Ruiz et al. (2006). Un ejemplo puntual de lo anterior es la consideración que hace Morales-Ortiz (2007), quien expone la necesidad de capacitar a la persona para escuchar y comunicarse de forma eficaz, para adaptarse y dar respuestas creativas ante los obstáculos, controlarse a sí mismo, inspirar confianza y motivar a los demás. Cuestiones que son refrendadas por Jesús Morcillo-García (2015), quien enfatiza la habilidad de advertir los auténticos sentimientos, simbolizarlos y nombrarlos de manera correcta y manejar las emociones para su adecuada expresión; además de lograr el autodomínio emocional que facilita una mayor eficacia en el desempeño personal e interpersonal y el buen manejo de las comunicaciones.

Por un lado, los atributos conferidos a la IE implican la subordinación a criterios de eficiencia, conveniencia, autocontrol, así como asumir los estándares sociales planteados por un determinado segmento social y cultural, en particular por aquellos que tienen un problema de adicción.

Por otro lado, el *control y manejo adecuado* de las emociones es una de las habilidades que más se valoran en términos de utilidad social. Inés M. Martín (2019) da un giro a este tipo de control emocional al asemejarlo (en un sentido más amplio), a la virtud griega de la *sofrosine* que alude al cuidado y la inteligencia en el gobierno de la propia vida, lo que a su vez se entiende como temperancia o templanza; es decir, la virtud de contener el exceso emocional.

Este significado del control emocional propio, a decir de esta autora, implica la habilidad personal de la perseverancia y la capacidad para motivarse a uno mismo, así como las habilidades sociales de empatía —ser consciente de los sentimientos y emociones de los demás y ponerse en el lugar del otro—, de comprender a los demás —favorecer su desarrollo— y la orientación al servicio —acompañamiento en procesos de cambio y evolución—. Emma León-Vega (2012) refrenda la emoción de la templanza como contenedora del desbordamiento emocional, el que por cierto, limita o impide que las emociones cumplan su función primordial de crear vínculos con-y-para los demás.

Regulación emocional

Son numerosos los trabajos que hacen referencia a la regulación emocional, aunque la mayoría en el marco de la Inteligencia Emocional. Por ello, solo registramos algunas aportaciones, no sin antes retomar la advertencia que hacen María Teresa de Lucas-Taracena y Francisco Montañés-Rada (2006), acerca de cómo en la literatura académica se reconoce que el concepto de regulación emocional es complejo y multidimensional, por lo que abundan las conceptualizaciones y las perspectivas teóricas y metodológicas, así como el énfasis en determinados aspectos.

La mayor parte de los trabajos concuerdan con que la regulación emocional es la habilidad de graduar la intensidad de la expresión emocional atendiendo a criterios establecidos en un determinado momento histórico y contexto social y cultural; en general, coinciden en ver a la regulación emocional como una competencia que actúa como factor protector ante las adicciones, al reducir el riesgo de consumo y promover la salud y el bienestar (Alcalde-Cayón, 2015; Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello & Extremera, 2006; Fernández, Jorge & Bejar, 2009). Mientras que las dificultades para la regulación emocional o la “desregulación emocional” se consideran como factores de riesgo para el consumo de sustancias y el posible desarrollo de una adicción (Esmaeilinasab, Andami Khoshk, Azarmi & Samar, 2014; Khantzian, 1997; Murphy et al., 2015). En este apartado, se hace un desglose de algunas posturas encontradas en la literatura con respecto al tema de la regulación emocional y su vínculo con las adicciones, los estilos de apego y su explicación desde las neurociencias.

En las definiciones de la regulación emocional, encontramos a María Senra, Juan Pérez-González y Nuria Manzano (2007), quienes, afiliándose a la concepción de regulación emocional de Rafael Bisquerra (2003), señalan que esta consiste en tomar conciencia de la relación de la cognición, la emoción, el comportamiento, la expresión emocional y las habilidades de afrontamiento y competencia para autogenerar emociones positivas.

Bajo esta misma línea, Fernández-Barrilado (2015) entiende la regulación emocional como el control reflexivo de las emociones para fomentar el conocimiento emocional e intelectual y para percibir emociones positivas en lugar de negativas. Desde este entendido, el adicto, al caracterizarse por problemas de regulación emocional, requiere de tratamientos que le enseñen a controlar las emociones, para que la tendencia a actuar quede suprimida y la emoción básica contenida.

Ruiz et al. (2006) entienden la regulación emocional como la capacidad para percibir, usar y manejar las emociones para afrontar la vida diaria; lo que reditúa en un mayor ajuste psicológico y en un menor riesgo de consumo abusivo, en particular de tabaco y alcohol. Estos autores sostienen que el consumo podría considerarse como una forma externa de autorregulación emocional que mitiga los estados emocionales negativos o provoca estados

emocionales placenteros. Por lo tanto, sostienen que si se cuenta con la competencia de la regulación emocional, no se tendrá la necesidad de *reparar* estados emocionales considerados *negativos* o estresantes por medio de las sustancias.

El uso de sustancias como regulador emocional se exploró también en el estudio de Edward J. Khantzian (1997), en donde el autor analiza el abuso de medicamentos en las dificultades para regular las emociones y en diversas vulnerabilidades relacional-emocionales, como la adicción a la nicotina, el estrés postraumático y comorbilidades como la esquizofrenia. Reitera que la clínica y los estudios empíricos que se centran en los afectos dolorosos y en la angustia, evidencian de manera consistente que los sufrimientos que generan son determinantes psicológicos importantes en el uso, la dependencia y la recaída en la adicción.

Ross A. Thompson (1994) se refiere a la regulación emocional como el proceso de iniciar, mantener y modular la intensidad y duración de los estados afectivos y los procesos fisiológicos con el objetivo de alcanzar ciertas metas. Entiende que esta regulación ayuda al ser humano a manejar sus estados emocionales mediante diversas estrategias.

Es desde el planteamiento que Luzmenia Garrido-Rojas (2006) y De Lucas-Taracena y Montañés-Rada (2006) parten para el estudio de la relación establecida entre la regulación emocional y los distintos estilos de apego que entablan las personas con problemas de adicción. Para De Lucas-Taracena y Montañés-Rada (2006), se da una estrecha relación entre los patrones de vinculares o de apego y lo que denominan Trastornos por Consumo de Drogas (TCD), sostienen que el consumo de drogas puede entenderse como un intento de enfrentarse con la inseguridad del apego, con el esfuerzo por disminuir el malestar emocional y como una manera de regular las relaciones interpersonales. De esta forma, según el estilo de apego, serán las estrategias de regulación emocional utilizadas.

Por ejemplo, en el apego evitativo se tienden a utilizar estrategias de regulación emocional inclinadas a la inhibición emocional y al distanciamiento. En tanto que en el estilo ambivalente se utilizan con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de proximidad hacia las figuras de apego, hipervigilancia, rumiación, sobre activación general del organismo, atención directa al estrés, y la activación crónica y disfuncional del sistema de apego. Ambas posibilidades de regulación emocional, a la luz de lo encontrado por De Lucas-Taracena y Montañés-Rada (2006), podrían parecer más bien desreguladoras en personas con problemas de adicción.

Desde el planteamiento de las neurociencias, Murphy et al. (2015) entienden la desregulación del procesamiento emocional como la alteración en funciones neurocerebrales que tiene efectos nocivos en el sistema de planificación y en el sistema de recompensa del cerebro. Bajo este razonamiento, la dependencia de sustancias está asociada con una importante desregulación emocional que influye en la cognición a través de numerosos mecanismos.

Esta desregulación se presenta como una hipersensibilidad a los sistemas de estrés del cerebro que responden a las amenazas y también a la búsqueda de estímulos relacionados con la recompensa, o como una hiposensibilidad y anhedonia a los estímulos naturales de recompensa. En otras palabras, la adicción se apareja de una perturbación en los sistemas de recompensa, motivación y estrés que sesgan el procesamiento emocional hacia señales relacionadas con el uso de drogas a expensas de recompensas naturales (aumento del deseo por la droga), lo que impulsa y mantiene el comportamiento adictivo.

Esto es refrendado por Charles Rozaire, Morgane Guillou-Landreat, Marie Grall-Bronnec, Bruno Rocher y Jean-Luc Vénisse (2009), quienes aseveran que las sustancias psicoactivas modifican las formas de percibirse y percibir el mundo, activando los sistemas de regulación

de las emociones y del placer, un impacto en el circuito neuroanatómico de recompensa que involucra diversas estructuras corticales y subcorticales, así como la liberación de dopamina.

Otras aportaciones, como las de Maryam Esmailinasab, Ali Andami Khoshk, Haleh Azarmi y Amir Samar (2014), Ramón Company, Úrsula Oberst y Flor Sánchez (2012), Garrido-Rojas (2006), Khantzian (1997), y Thompson (1994), se acercan a un concepto de regulación emocional semejante al de los trabajos más recientes en el estudio sociocultural de las emociones, en particular al denominado construccionismo social moderado, donde se entienden las emociones como construcciones históricas, sociales y culturales sin negar sus manifestaciones biológicas y psicológicas, al decir de Enríquez-Rosas (2009).

En este afán, es importante retomar la advertencia de Billieux y Van der Linden (2010), quienes enfatizan la necesidad de rebasar posturas unívocas y unilaterales respecto al concepto de regulación emocional y su participación en el fenómeno adictivo, con el objeto de no acortar la comprensión que comporta este concepto, como es el caso de entender la regulación emocional como el control de los impulsos o la intensidad en la expresión de las emociones.

Además, los autores resaltan la importancia de considerar la variedad de mecanismos psicológicos implicados en la regulación emocional en los comportamientos de adicción — relacionados o no con el uso de sustancias—, pues si estos se ignoran, se hace difícil alcanzar nuevas comprensiones; aunque también señalan los límites de una concepción de adicciones centradas, de manera exclusiva, en las dificultades que se tienen en la regulación emocional.

Toma de decisiones

Para Elster (2000), la emoción y la adicción se encuentran en un continuo entre impulsos viscerales básicos (como el hambre y la sed), la toma de decisiones y los procesos racionales, pues tanto la emoción como la adicción implican una motivación netamente visceral, pero también están relacionadas de forma estrecha con la cognición y la cultura. Sin embargo, agrega, las emociones se destacan sobre las motivaciones viscerales porque, de manera típica, involucran la cognición en todas sus formas.

Varios autores han establecido a la toma de decisiones como un elemento relevante en el vínculo entre las emociones y las adicciones. En especial desde el marco de las neurociencias y ciencias de la conducta, se ha hecho énfasis en la conexión entre las emociones y este proceso cognitivo, que es decisivo en las diferentes etapas de consumo (Bolinches et al., 2003; Michelini, Acuña & Godoy, 2016; Murphy et al., 2015).

En el estudio de las alteraciones metabólicas, neuropsicológicas y emocionales que drogas como la cocaína generan en el organismo, Juan Ramos-Cejudo e Itziar Iruarrizaga (2009) encontraron cómo su consumo puede provocar un importante deterioro de vías dopaminérgicas en el lóbulo frontal, además del déficit de funciones ejecutivas, tales como el control de impulsos, la toma de decisiones, así como alteraciones en la capacidad para identificar las emociones.

Por su parte, Murphy et al. (2015) establecen una estrecha relación entre los rasgos emocionales, la toma de decisiones y el impacto que tienen en los sistemas de recompensa, motivación y estrés. Postura que coincide con Yanina Michelini, Ignacio Acuña y Juan Carlos Godoy (2016), quienes agregan que la toma de decisiones solo es adaptativa cuando a la emoción se le suman procesos cognitivos; puesto que de lo contrario, se caería en una gra-

tificación inmediata y placentera que no considera los riesgos ni las posibles consecuencias perjudiciales. Como lo puede ser la decisión de consumir a pesar del conocimiento de los efectos negativos del consumo de sustancias.

EMOCIÓN, EMOCIONADO Y EMOCIONANTE; JUGAR CON LA MUERTE

Las emociones, al ser uno de los más relevantes constitutivos de la naturaleza humana, impulsan a las personas a buscarlas, mantenerlas, enredarlas, sustituirlas, opacarlas, intensificarlas, intercambiarlas, etcétera, es decir, a realizar toda clase de artilugios emocionales que, por lo general, van encaminados a abatir sinsentidos y estados de aridez que suelen ser característicos de personas con problemas de adicción. De aquí que el adictivo pueda ser usado para proveer o despojar de ciertas emociones. Sin embargo, dada la naturaleza de estas, siempre terminan regresando.

La persona con problemas de adicción no puede dejar de vivir emociones, sea para sentirse mejor o peor, o incluso, para que le adormezcan. El caso es que las emociones le presentan opciones de vida. A propósito de la creencia de que en la adicción se busca el adormecimiento emocional del sufrimiento vivido, encontramos que una de las paradojas de la persona con adicción, es que se oscila constantemente entre la búsqueda de emociones totales, extremas, insuperables y extraordinarias, así como la búsqueda de situaciones de riesgo, y una inscripción en forma de rutina compuesta de una serie de conductas y desempeños repetibles hasta el infinito y predecibles en sus efectos que amaga la excitación, la que de nuevo, se vuelve a buscar.

Para Rozaire et al. (2009), el uso de sustancias representa la búsqueda de posibilidades de vida. Que la vida tenga significado mediante la atracción por un placer prohibido que al final es alcanzado, la fascinación por un peligro potencial —de cualquier tipo— que reta y que incita a vencerlo, una curiosidad que motiva, el símbolo de una iniciación, el rechazo y ruptura de valores tradicionales, la manifestación de un espíritu provocador e innovador, la investigación de otras realidades y el rechazo de la aceptación de un mundo considerado demasiado convencional y apretado, la búsqueda de sensaciones experimentales, la necesidad de tener un grupo de pertenencia, una *neofamilia*, o bien, la presión de un grupo de compañeros, la necesidad de no estar solo y la creación de nuevos enlaces obedeciendo códigos. Esto, entre otras tantas maneras de buscar la vida, por cierto, transitando por un camino de muerte.

Lo anterior es referido por Marc Olano (2016), en términos de una ambivalencia psíquica, pues la adicción representa el corazón de la destructividad, del narcisismo de la muerte y el ejercicio de las capacidades autodestructivas que sabemos se encuentran presentes en todos (más o menos), y que al no asumirse, pueden adquirir graves proporciones como sucede en la adicción.

Para Fabiana Cantero (2007), la relación con sustancias tóxicas es la búsqueda de un beneficio, una adicción que se apareja con tendencias suicidas, pues resulta un suicidio, por lo general, no violento; una forma lenta de morir en la búsqueda de una vida mejor. Cuando se vive el sinsentido, cuando los dolores y sufrimientos rebasan los umbrales de tolerancia, las drogas ofrecen un lugar de alivio, un lugar seguro; el alivio del peso del rechazo, de sentirse no querido, no incluido y no imaginarse en alguna actividad, desempeño o profesión. Tal es el caso de la investigación de Bertha L. Nuño-Gutiérrez, Eduardo A. Madrigal y Carlos Martínez-Munguía (2018), que concluyen que los episodios de embriaguez en los adolescentes

devienen de factores protectores ante el desapego emocional, la pobre relación con los padres y el estrés psicosocial relacionado con los conflictos interpersonales.

La droga ofrece un motivo de vivir un móvil, pues se gira en torno a la sustancia y lo que ello implica —conseguir dinero y la droga, drogarse, encontrar alivio, soportar el bajón posterior, comer y dormir un poco— para iniciar de nuevo el circuito sin que se enteren aquellos a los que se oculta este modo de vida; en el que poco a poco se muere.

Respecto a las adicciones consideradas *saludables o no tóxicas*, como el deporte, las actividades gimnásticas, las continuas relaciones afectivas cercanas (de pareja), la práctica de la sexualidad y el trabajo (entre otras), para Esperanza Casals-Campos y Elvira Plaza-Bernabeu (2015), tienen el mismo efecto que las sustancias adictivas; sirven de alivio en la vida.

Actividades como estas suelen parecer inherentes al bienestar físico y emocional del ser humano, solo que cuando se convierten en el motivo principal de la vida, interfieren en el desarrollo de otras áreas y comprometen o impiden el bienestar integral, son adicciones. La diferencia es que es escasamente visibilizado el detrimento y la grave interferencia que causan en la vida cotidiana, y también que son menos letales a corto plazo; de nueva cuenta, se trata de esfuerzos infructuosos de lograr el alivio de un malestar.

Para los adolescentes, estas y otras adicciones —como al Internet y a los juegos arriesgados y peligrosos— suelen ser el endeble equilibrio emocional que se erige ante la ausencia de un proyecto de vida, según Víctor de la Rosa-Morales y María Paz González-Rodríguez (2007); además de que proporcionan el prestigio, renombre y la alta reputación tan anhelados por los adolescentes. Epstein (2013) señala que debido a la insatisfacción en las relaciones interpersonales, las drogas alcanzan un mayor valor, y de esta manera, amortiguan un foco de frustración. Además, generan una identidad (asociada a la droga) y relaciones codependientes (Hazelden Betty Ford Foundation, 2018a), que no solo hacen difícil dejar la droga sino que se pelea por ella y se paga cualquier precio (Jentsch, Ashenhurst, Cervantes, James, Groman & Pennington, 2014).

Luis Esqueda y Félix Ángeles (2010) refieren que la persona adicta logra la *fuga* de la vida mientras dura el efecto activo de la sustancia —lo que explica el apego a esta—, pues durante un breve lapso hace olvidar los problemas y malestares que se tienen y despierta el impulso a quedarse con ella y con lo bueno que ofrece, hasta que un día este pseudobienestar se agota.

Entonces el droga-adicto se droga para prometerse que no volverá a drogarse. Aunque en breve tiempo surge de nuevo solo una idea en la cabeza: ¿cómo y cuándo consumiré de nuevo? Y da lo mismo si se trata de consumir las drogas que Morcillo-García (2015), llama duras, o las drogas blandas o combinaciones; lo cierto es que se ha caído en una tolerancia a la droga, es decir, en una menor sensibilidad que impulsa a una dosis cada vez mayor para obtener los mismos efectos sin importar los riesgos que se corran, pues se ha conformado un amasiato con la droga, un espacio donde nadie más cabe.

La búsqueda de este bienestar, que en un inicio es duradero y luego se torna fugaz y pasajero, es lo que Francesco Maselli y Ester Manera (1999) señalan como “la luna de miel”. Esta es la segunda fase del consumo, ya que en la primera se vive en la infelicidad, en experiencias muy desagradables y dolorosas de las que se quiere huir (Morcillo-García, 2015). En la luna de miel, el adicto se siente bien, mejora físicamente, tiene un aumento de energía, optimismo y confianza en la vida. Cree que elige la “mejor vida” en lugar de la muerte. Respecto a su consumo, no lo ve problemático sino como algo que está bajo control, o incluso, que el problema está terminado; no sabe, y no quiere saber, que recién ha comenzado.

Para Solange Carton (2011), en el corazón de ciertas adicciones residen actos y fantasías que en apariencia, enfrentan al sujeto con la muerte, pero la función psíquica subyacente a los actos y fantasías mortales, los comportamientos adictivos no obedecen a una lógica de destrucción real sino que representan el triunfo megalómano de salir liberado y vivo de una experiencia mortal. Esto es lo que caracteriza al individuo *entusiasta/sensorial*, que no solo es proclive al consumo sino que en la participación de la vida cotidiana, vive una atracción a lo relacionado con la sustancia y su consumo, así como una menor valoración por lo demás y una notable hipersensibilidad por lo perjudicial; para sí mismo y para los demás, lo que refiere también Aguilar et al. (2008b).

Las sustituciones emocionales que se realizan en la adicción resultan de los esfuerzos por vivir una vida más satisfactoria, como quiera que se entienda esa satisfacción. Nuño-Gutiérrez et al. (2018) encuentran que las emociones que produce la embriaguez en los adolescentes actúan como estrategia de seguridad en entornos sociales y familiares difíciles psicológica y relacionamente.

Para Thaddeus Camlin (2017b), cada emoción es una razón por la que las personas consumen drogas, por ejemplo, ayudan a suprimir la ira y también a facilitar su liberación, pues la ira y el uso de sustancias tienen una relación histórica; lo importante es si esta ira se dirige hacia uno mismo o hacia los demás, aunque también se da la alternancia.

Mascaraque-Muñoz (2015) hace una valiosa diferenciación; la adicción en los hombres es una estrategia distractora de emociones desagradables o que se consideran *negativas*, en tanto que para las mujeres son una manera de escapar de entornos sociales adversos y de emociones generadas por la violencia; como el dolor, la tristeza, frustración y decepción.

Company et al. (2012) plantean que la adicción es una búsqueda de regulación emocional, donde los adictos realizan esfuerzos para intervenir y cambiar la experiencia emocional de los demás, con el fin de mantener su consumo, en apariencia, siempre en beneficio de propio. De esta manera se ahuyenta lo que tanto hace falta: el vínculo afectivo.

Garrido-Rojas (2006) corrobora la necesidad de la droga para regular / transformar experiencias emocionales dificultosas generadas por el apego inseguro —caracterizado por una fuerte necesidad de cercanía, alta susceptibilidad y miedo al rechazo, predominio de preocupación y miedo a la separación, énfasis en emociones de miedo y ansiedad, baja tolerancia al dolor, alta hostilidad, afecto depresivo, ansiedad y vergüenza—, sin embargo, también es una estrategia para transformar de emociones que son nutritoras y que tampoco se toleran. No se soporta lo tóxico, pero tampoco lo que nutre; el adicto se encuentra así en una especie de limbo mórbido, donde no vive, pero tampoco muere.

Lo anterior es corroborado por Morales-Ortíz (2007), pues la regulación-sustitución-emocional que se realiza con el adictivo, también busca mitigar o transformar emociones como el afecto y el amor que son difíciles de aceptar y acarrear conflicto, generando así proclividad a la adicción química, pero también a la adicción emocional; esta última puede ser a estados emocionales como el temor, las separaciones, pérdidas, duelos, frustraciones, inseguridades, dependencias y carencias afectivas, etcétera.

Hablar de dinamismos de regulación (y desregulación) emocional en el mundo adictivo, al decir de Ruiz et al. (2006), como los esfuerzos por iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos con el propósito de afrontar los eventos de la vida diaria que exigen determinada respuesta emocional, nos remite a la

propuesta de Hochschild¹ (1979; 1983; 1990); para la autora las emociones se conforman de forma interpersonal y no de manera intrapersonal, e implican un manejo o gestión de las emociones que facilita que las personas se acomoden emocionalmente a determinados eventos sociales teniendo siempre presente el objetivo que se desea conseguir.

Así, las emociones distan mucho de ser *naturales*, pues más bien son construcciones sociales que atienden a ordenamientos que dictan lo que las personas sienten y lo que las personas piensan y hacen respecto a lo que sienten. La regulación emocional, al decir de Hochschild (citada en Kemper, 1990), se acompaña de una paradoja, pues, aunque la emoción es lo que sucede a una persona, también es lo que la persona hace para que esto suceda.

La regulación emocional parte de una evaluación a fin de ajustar lo que se siente a las reglas sociales que dictan lo que se ha de sentir y lo que no, así como la manera de hacerlo; lo que implica la gestión de las emociones con objeto de acatar lo que Hochschild (citada en Kemper, 1990) denomina las “reglas del sentimiento” (p.122). Estas normas sociales constituyen zonas de regulación que demarcan cuánto de un sentimiento dado y de una manera dada, resulta inusual, incomprensible, normal, inapropiado o casi inapropiado en un contexto social con el objeto de ser aprobado: son las normas y legislaciones culturales, familiares, religiosas, sociales, etcétera, las que conforman la regulación emocional.

Estas cuestiones son referidas por Gerben A. Van Kleef (2009), en tanto que Christian Becker, Stefan Kopp e Ipke Wachsmuth (2004; 2007) coinciden en que la simulación de tener “emociones propias” (p.154) aumenta la credibilidad y la vida en el escenario de juego competitivo de los agentes de conversación. Christian Von Scheve y Rolf Von Lude (2005) hacen una valiosa analogía entre la regulación emocional y el concepto de *habitus* de Bourdieu que “presupone un hábitat cultural y social que se internaliza en forma de disposiciones conductuales para pensar, razonar, percibir e incluso sentir de cierta manera” (p.320).

Podemos decir que la función de las adicciones representa:

- a) La urgencia y el apresuramiento por la búsqueda de emociones, sean positivas o negativas para el usuario.
- b) La perseverancia en una tarea que distrae.
- c) La búsqueda de sensaciones y emociones mediante actividades emocionantes.

Las personas con problemas de adicción buscan la felicidad a toda costa, una felicidad difícil de alcanzar y mantener, y que se consigue más o menos, pues la felicidad lograda es efímera, y muy pronto se convierte en infelicidad (Camlin, 2017f).

Para Stanton Peele (1978), la adicción a las drogas se fortalece porque proporciona una satisfacción segura y predecible, al tiempo que reduce las posibilidades de hacer frente a la vida, lo que impulsa a un mayor consumo: este es el patrón destructivo llamado *el ciclo adictivo*. Lo paradójico es que la experiencia con las drogas se ha convertido en el núcleo del sentido de bienestar y otras gratificaciones vitales se desplazan a posiciones secundarias u olvidadas por completo. Nuño-Gutiérrez et al. (2018) encuentran que la embriaguez en los adolescentes perfila, en su conjunto, un estado de omnipotencia e invulnerabilidad en donde el alcohol parece representar una poderosa emoción de seguridad y control.

1. Autora que ha abierto camino en el estudio de las emociones, en particular, con lo relacionado al concepto y dinamismo de la regulación emocional.

En términos generales, la persona con problemas de adicción busca el abatimiento de la distimia y la consecución de estados de excitación que hagan la vida emocionante. Las propuestas del Hedonismo como potencial impulsor a la adicción se desarrollan enseguida.

LA ADICCIÓN: UNA VÍA PARA ALCANZAR EL TONO HEDÓNICO

La búsqueda de sensaciones y emociones es un detonante para el desarrollo de adicciones, así lo refieren De Lucas-Taracena y Montañés-Rada (2006) y Garrido-Rojas (2006), para quienes el *uso de las emociones* tiene como finalidad reconfortar, evitar la distimia —estado de ánimo depresivo persistente— y las emociones que son consideradas *negativas*, y que se suscitan en las relaciones de cercanía. Se trata de alcanzar estados de hedonismo y excitación, y abatir la incertidumbre en la consecución del afecto y la aceptación, además de la hipersusceptibilidad e intolerancia a eventos que se experimentan como desfavorables.

Aguilar et al. (2008a) consideran que la participación de las emociones en la drogodependencia es con el fin de evitar el vacío afectivo y la falta de interés por la vida; lo que además justifica el consumo y la recaída. Para Murphy et al. (2015), la anhedonia se sostiene en la hipersensibilidad de los sistemas de recompensa cerebral, lo que genera anomalías motivacionales sesgando los procesamientos hacia señales relacionadas con el uso de drogas. Agregan que las drogas hacen las veces de recompensas emocionales que impulsan la búsqueda de sensaciones para incrementar el hedonismo hasta llegar a la excitación.

Una aportación importante es que la adicción, más que ser un regulador emocional —impulsando la búsqueda de sensaciones— es una desregulación emocional que compromete diversos dinamismos personales, entre estos la interacción cognitivo-emocional. La hipótesis de que los sujetos con problemas de adicción viven un aplanamiento afectivo y que mantienen una posición neutra e indiferente cuando generan una afectación o perjuicio a otras personas, puede explicar la recaída, pues ello denota un aplanamiento afectivo ante los estímulos de la vida diaria que se contraponen a la activación emocional que se genera con el consumo; ello propensa a volver a la situación de activación, al decir de Prieto-Moyá et al. (2014).

En relación con la adicción al juego, Chim (2011) señala que lo que se busca mediante la obtención de cantidades de dinero es alcanzar el alivio de un humor disfórico —lo contrario a eufórico—, contar con experiencias que alcancen altos niveles de excitación emocional, euforia y picos emocionales para lograr el incremento del tono hedónico. Esto es confirmado por Billieux y Van der Linden (2010), pues lo que predomina en la adicción al juego, es arriesgar grandes apuestas para lograr la euforia deseada; el apresuramiento y urgencia por participar en estas actividades es que son dopaminérgicas.

Camlin (2017f) encuentra que la felicidad, por lo general, es considerada como la emoción más placentera, por lo que es deseada y perseguida, y aún más cuando es tan elusiva, por lo que también es la que más impulsa al consumo de sustancias mediante la distorsionada ilusión de que así se alcanzará. Para Peele (1978), lo más relevante es una motivación afectiva que genera los apetitos adictivos y los fuertes deseos de consumir; lo que se busca son estados afectivos hedónicamente positivos —excitantes y / o estimulantes.

Desde esta perspectiva hedonista, las adicciones representan la búsqueda de una felicidad que no se logra en la vida de todos los días. Entender la emoción de la felicidad, abre posibilidades para el entendimiento del consumo que tiene como fin alcanzarla. Ha de aclararse que la felicidad que ofrecen las drogas es hedónica, esto es, que es breve, transitoria y

se compone de emociones como la alegría, la diversión y el éxtasis, para lo que las drogas son buenas; esto es contrario a la felicidad eudaimónica, que es duradera, sostenible e incluye la satisfacción propia y con la vida.

En el marco de la “Psicología hedónica”, Eric Loonis (2007) encuentra dos estados meta-motivacionales: a) la búsqueda de la activación y b) la evitación de la desactivación; lo que se logra mediante la *gestión hedónica* que faculta a las personas para manipular su nivel de activación. El fin es alcanzar la felicidad y otras emociones agradables o placenteras para el usuario, lo que instala una necesidad adquirida, que en otros términos, es entendida como una adicción. Las emociones, según Company et al. (2012), no solo consiguen la reevaluación de ciertos eventos emocionales y favorecen la sustitución de situaciones estresantes sino que también generan el mayor tono hedónico.

LA RECUPERACIÓN ES EMOCIONAL

La recuperación implica una manera de comprender a la adicción y al adicto. En el marco del interaccionismo simbólico, Asael Mercado-Maldonado y Pablo David Briseño-Cruz (2014) relacionan la adicción con los procesos identitarios, en particular, con el papel de los estereotipos y etiquetas sociales que en México, de forma despreciativa, dictaminan quién es un *adicto* y quién no. Al adicto se le atribuye la imposibilidad social de que no es competente de habla ni de acción y participación, por ello se habrá de tomar la palabra por ellos y vigilar sus actos. Además, el adicto se ve como alguien amenazador que inspira miedo, desconfianza y es perjudicial. Lo cierto, creemos, es que la sociedad tratará de prescindir solo de ciertos tipos de adictos y albergará a los que le son convenientes.

A estos últimos, en el mejor de los casos, se les tratará como enfermos, agregan Bolinches et al. (2013), merecedores de conmiseración y dádivas altruistas. Algunos estudios ligados a la concepción del adicto como enfermo son los que establecen la relación de la adicción con diversas psicopatologías, entre las que sobresalen la depresión, la ansiedad, el suicidio y otros cuadros, como lo señalan De la Rosa-Morales, y González-Rodríguez (2007), María Irigoyen-Otiñano, Isabel Molinero-Ponce, Gemma Montagut-Fornós y María Mur-Lain (2015), y Peter J. Lang (1985), asociando las adicciones con síntomas clínicos y / o psiquiátricos.

Jean-Pierre Couteron (2009) plantea cuestionamientos fundamentales al uso sistemático de las medidas judiciales y médicas que emplean los organismos públicos franceses para tratar con la problemática adictiva. En particular, cuestiona la ineficacia de la prohibición en la prevención de las adicciones, que solo indican un ejercicio de autoridad. Y aunque el trabajo tiene como contexto la población francesa, bien puede ser trasladado a un país como el nuestro, en particular cuando predominan la criminalización o, en el mejor de los casos, la medicalización de las personas con problemas de adicción.

Los trabajos que entienden las adicciones como un padecimiento (o enfermedad) son numerosos, y por lo general son adoptados por la mayoría de los organismos dedicados al tratamiento de personas con adicción. No obstante, Antonio Jesús Molina-Fernández (2013) critica el objetivo de los tratamientos de rehabilitación que se limitan a buscar solo la abstinencia del consumo.

En el reconocimiento del entretrejo de las adicciones y las emociones, varios autores han planteado la importancia de que la prevención, recuperación y el tratamiento abone al desarrollo de competencias y habilidades, dentro del marco de la IE. Por ejemplo, Molina-Fernández (2013) reconoce la influencia del contexto social, el desarrollo de habilidades

emocionales, el entrenamiento en la toma de decisiones y la resolución de problemas, así como el análisis de las fortalezas y habilidades a fin de promover el empoderamiento personal, pero sin excluir —en caso de ser necesario— el uso de fármacos ni los avances de las neurociencias en la recuperación de las personas con problemas de adicción. Medidas neurofarmacológicas que son de igual manera valoradas por Ruiz et al. (2006) para el tratamiento en el deterioro físico y neurológico consecuente del consumo.

Algunas propuestas que son más puntuales —en cuanto a las emociones implicadas en la adicción— son las que abonan a la recuperación, afirmación que suele ser cuestionada por quienes tienen o han tenido la experiencia de ser adictos. Valgan los siguientes cuestionamientos; ¿Cómo hablar de recuperación cuando se ha tenido tan poco en la vida? ¿Cómo se espera que se recupere algo que no se ha tenido? A pesar de ello, el concepto de recuperación es bastante utilizado en la producción académica y en los organismos públicos y de la sociedad civil, dedicados a trabajar con personas adictas; este suele ser el eje del trabajo de los centros de tratamiento.

Sin embargo, en las últimas fechas se ha dado un fuerte reconocimiento a la que se conoce como “sanación emocional”, la cual abarca los trabajos que refieren la *sobriedad emocional* y la *recuperación emocional* (Berger, 2015; 2017; 2018; Camlin, 2017a; 2017b; 2017c; 2017d; 2017e; 2017f; Hazelden Betty Ford Foundation, 2018a; Clayton, 2011; 2013; Manantiales Fundación, 2019; Mayo Clinic, 2004). Las afirmaciones que sostienen lo anterior se centran en el reconocimiento de que la sobriedad no solo consiste en dejar una adicción —lo que ya es bastante dificultoso— sino que involucra la reexperimentación de eventos emocionalmente desafortunados a fin de resolverlos, de recuperar lo que ayuda a crecer a partir de la experiencia y *despegarse* de los eventos traumáticos, de ahí que se promueva la reconfiguración de las emociones que se asociaron.

La sobriedad emocional es de alta relevancia en la rehabilitación de los que tienen problemas de adicción y suele ser bastante referida por organismos y centros de tratamiento, los que en su gran mayoría siguen “El Programa de los 12 pasos de AA”. De este surgen diversas ampliaciones y complementos, como el trabajo de José Antonio Elizondo-López (2001), quien señala que alcanzar el “Paso 12” —que suscribe: “Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a otros y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos”—, requiere un desarrollo integral —emocional, social y espiritual— que posibilite respuestas diferentes a las que se tenían durante el consumo.

Este autor enfatiza la necesidad de abordar lo que llama la *borrachera seca* caracterizada por una necesidad neurótica de compensar los sentimientos de minusvalía que demandan la atención de los demás. Sin embargo, cuando esta atención se consigue, se genera la prepotencia, presunción, exhibicionismo y fanfarronería que son alentados por los efectos del adictivo. Por ello, cuando estos efectos pasan, se reaviva el círculo emergiendo de nuevo la *borrachera seca* o *adicción emocional*. Consecuentemente, la recuperación de la adicción requiere de un trabajo personal para remontar el infantilismo y la problemática emocional, y alcanzar así, la verdadera sobriedad.

La propuesta de Allen Berger (2015), que es refrendada por otros (Camlin, 2017a; 2017b; 2017c; 2017d; 2017e; 2017f; Campbell, 2010; Clayton, 2011), sostiene que la sobriedad emocional implica dejar de percibir las reacciones de los demás referidas a uno mismo como atentados personales, con lo que se abate la autorreferencia y la centralidad narcisista tan importantes para la rehabilitación de las adicciones. En cuanto a la diferenciación emocional, esta es indispensable para prescindir de la codependencia emocional que denota inmadurez e in-

fantilismo emocional, así como déficits en la aceptación y valoración personal que impiden la sobriedad emocional.

Si bien, la piedra angular es suspender el consumo, la meta a alcanzar es la sobriedad emocional con objeto de sostener la estima propia y la valoración de uno mismo. Para lograrlo, es necesario retomar las experiencias emocionalmente dolorosas —abuso, abandono, pérdidas, etcétera— que se relacionan con la adicción —independientemente de lo que las causó—, pues solo de esta manera se vive un *sufrimiento sobrio* que es indispensable en la recuperación de—uno—mismo, así se va remontando la *borrachera emocional* y la *adicción a ciertas emociones* que impelen la conducta adictiva.

Peele (1978) afirma que la dependencia psíquica es el más poderoso de los factores involucrados en la intoxicación crónica e insiste en que la adicción a la experiencia analgésica (alivio emocional) es el centro de la rehabilitación. Usitalo et al. (2013) sostienen lo anterior y afirman que la elección afectiva es uno de los factores más importantes involucrados en la intoxicación crónica con drogas psicotrópicas.

Para Ingrid Clayton (2013), el centro de toda rehabilitación es pasar del autorrechazo a la autoaceptación, lo que va más allá del reconocimiento de ser adicto y la suspensión del consumo, pues representa la recuperación—de—uno—mismo. La sobriedad implica convertirse en uno mismo, adueñarse de sí, favorecer la vida en el presente y remontar la compartimentalización que excluye aspectos propios por ser considerados inadmisibles. De esta manera, se evita la lucha con quien uno es y sus circunstancias, esfuerzos que, al final resultan estériles.

En la Hazelden Betty Ford Foundation (2018a; 2018b) se enfatiza que a la recuperación emocional de la adicción, le seguiría el crecimiento y la sanación espiritual —independientemente de creencias religiosas—, mediante el ejercicio de ciertas prácticas espirituales, se hace énfasis en la habilidad de encontrar opciones para un sano equilibrio entre lo que hay que aceptar y lo que es posible cambiar (Hazelden Betty Ford Foundation, 2018b). Esto es corroborado por Clayton (2013), quien señala que en la rehabilitación, la mayor dificultad es que se ha perdido la convicción de que se es digno de ser amado, lo que es indispensable para lograr la sobriedad emocional.

Para Camlin (2017a), las emociones son la motivación principal de todo lo que se piensa y se hace. Ante la pregunta ¿por qué las personas usan drogas? la respuesta es: por las emociones. Por ello es importante entender su función y mejorar la habilidad de manejarlas. Camlin (2017f) agrega que es importante que la persona con problemas de adicción encuentre formas de consuelo mediante la exploración de la experiencia emocional y la resolución de los conflictos inherentes, pues de no ser así, aumentará la probabilidad de que recurra al uso de sustancias como fuente de alivio rápida; convirtiendo a las personas en *amantes de la excitación o entusiastas sensoriales*, a decir de Carton (2011). Personas que se encuentran en una constante búsqueda de sensaciones y de experiencias variadas, nuevas y complejas, que permitan mantener un nivel óptimo de activación.

Rozaire et al. (2009) agregan a lo anterior la atracción por el placer prohibido y la fascinación por el peligro potencial. Con el fin de dismantelar el estilo de vida hedónico del adicto, Company et al. (2012) ven necesaria la reevaluación de los eventos emocionales, y dado el caso, la involucración en formas más sanas de distracción, a lo que Murphy et al. (2015) agregan, la hipersensibilidad a la ansiedad y la depresión que confieren un mayor riesgo a consumir sustancias más temprano y más intensa y con mayor frecuencia.

Aguilar et al. (2008a) plantean la importancia de que las medidas terapéuticas estén encaminadas a adquirir nuevos aprendizajes, dado que la respuesta emocional es susceptible

de cambios y mejoras. Por otra parte, Morcillo-García (2015) promueve el desarrollo de la resiliencia, esto es, de la fortaleza psicológica que permite que se afronten de manera productiva las situaciones de crisis, saliendo reforzado de ellas. Esto se sostiene en la introspección, autonomía, habilidades de relación, iniciativa, asunción de riesgos, creatividad, ética y la estima propia; en lugar de crear resistencia, oposición o aislamiento a lo que se vive. Aboga por tratamientos que reconozcan las perturbaciones físicas, emocionales y sociales, así como también el deterioro que generan ciertos adictivos, y que confinan (o aniquilan) los recursos personales.

La propuesta es que los tratamientos incluyan el diagnóstico —en la fase de desintoxicación y deshabitación a la droga—, el acompañamiento psicoterapéutico —incentivar la motivación extrínseca y luego la intrínseca en la fase inicial del tratamiento—, la psicoterapia —de preferencia, cognitivo-conductual—, con el objeto de conocer las predisposiciones y situaciones proclives al consumo. Agrega a lo anterior, lo valioso que es participar en comunidades terapéuticas, programas residenciales, rehabilitación vocacional y otros servicios de apoyo —entre los que incluye el “Programa de los 12 pasos”— el objetivo es ir más allá de la abstinencia.

En todas estas intervenciones, lo central es la restauración y autorregulación de las emociones que permitan acceder a lo propio y asumir la responsabilidad personal que haga frente al modo *grandioso-destroctivo* habitual de las personas con problemas de adicción.

Molina-Fernández (2013) critica los usuales tratamientos que se enfocan en el consumo, en la sustancia que se consume, los efectos que genera y los motivos por los que esto se hace, y respalda la rehabilitación que promueve el acopio de los recursos personales, el reconocimiento de las propias fortalezas y debilidades, y, sobre todo, la promoción del empoderamiento personal; lo que en nuestros términos sería el desarrollo de la capacidad de agencia.

Para este autor, más allá de la necesidad y utilidad de los fármacos, es sustancial reflexionar en torno a las políticas y los planes de tratamiento que se privilegian, a fin de no caer en la medicalización, la psicologización y otros sucedáneos de la rehabilitación. Agrega que la terapéutica de la adicción necesita colaboradores interesados y también involucrados con el que padece una adicción, pues solo acercándose humanamente y con un genuino interés, podrá comprender lo que acontece en su vida, donde, por cierto, el adictivo ocupa un importante papel.

Por ello, los intentos por modificar el vínculo que ha establecido el adicto con la sustancia y con el consumo y sus circunstancias, pueden ser peligrosos si no se tiene el cuidado necesario, pues quien pretende ayudar recibirá ataques y pruebas a la cercanía afectiva. Para el adicto, lo único que importa es la conservación de un vínculo amoroso que se ha desplazado a la droga y que rompe toda la posibilidad de comunicación con los otros; el consumidor, se va así quedando aislado, y con el amor no correspondido de una droga que le acrecienta la amargura de vivir. Para Rozaire et al. (2009), la adicción es una “patología del vínculo, expresada de manera diferente, y en ocasiones, totalmente opuesta” (p.18).

Lo cierto es que una conciencia dolorosa de la vida matiza las perspectivas y estilos de desempeño de los adictos, quienes dan la bienvenida a relaciones dependientes, actividades peligrosas, posturas engrandecidas, sustitutos efímeros de felicidad y sucedáneos que les protejan de las exigencias que la vida les plantea y que no pueden cumplir.

La alta tasa de recaídas en el tratamiento de las adicciones, tanto al inicio como después de un tratamiento inicial exitoso, representa uno de los desafíos más arduos en este ámbito.

Por ello, es fundamental comprender los factores emocionales subyacentes para romper el ciclo de desintoxicación y recaídas recurrentes.

Otro agudo problema tiene que ver con la prevención, pues las propuestas y los planteamientos requieren que los trabajos realizados estén en estrecha coordinación; lo que, las más de las veces, no se consigue. Por lo que concierne a la investigación respecto a la prevención de las adicciones, todavía hacen falta mayores esfuerzos con el objetivo de alcanzar comprensiones en cuanto a la efectividad que tiene la adicción como estrategia de regulación emocional en el plano de las relaciones interpersonales, tanto de personas consumidoras como no consumidoras.

NOTAS FINALES

Entender las adicciones es entender al sujeto. Un sujeto que en una sociedad de consumo, suele ser visto como el potencial comprador de un producto, que, según la conveniencia social, cuando consume lo no permitido o rebasa los estándares aprobados en ciertos sectores sociales, es excluido, criminalizado, o en el mejor de los casos, patologizado. La adicción implica el interjuego y resonancia de múltiples factores y fragilidades individuales y colectivas cada vez diferentes y singulares (Rozaire, Guillou-Landreat, Grall-Bronnec, Rocher & Venisse, 2009), o como lo refieren Adriana Berenice Torres-Valencia y Cristina Estrada-Pineda (2019), vulnerabilidades estructurales y vulnerabilidades relacionales.

Probablemente, dada la complejidad de esta problemática, es que numerosos tratamientos aspiren a que la persona elija una adicción menos letal que sustituya otra de fatales consecuencias. De nueva cuenta, algunas preguntas; ¿cuándo la droga se transforma de *remedio* en un veneno?, ¿de qué depende? De la cantidad que se consume, del momento en que se hace, de la escasa tolerancia corporal, de la forma en la que se la adquiere, de la pureza de la sustancia o de la cantidad de tiempo que se ingiere. Lo cierto es que varía el nivel de tolerancia social con respecto a las distintas drogas, según quien determina cuál, cuándo y cómo una droga es legal y cuál, cuándo y cómo no lo es; el riesgo estará siempre presente y será afrontado con éxito según los recursos de cada uno. En la sociedad actual los comportamientos adictivos se multiplican hasta el punto de que casi todo puede volverse adictivo, lo que incluso se promueve.

Otros cuestionamientos valiosos son los de Couteron (2009): ¿qué lleva a asociar la adolescencia y juventud con vulnerabilidad y peligrosidad?, ¿no existe un riesgo severo al hacer que la persona adicta se coloque en un estado de enfermedad donde solo la medicina la podría salvar?

La respuesta de las políticas públicas, de forma lamentable, se limita al ámbito legal o médico, desacreditando así la posibilidad y la confianza en los esfuerzos interdisciplinarios para tratar las adicciones y las conductas de riesgo adictivo. Cuando es un hecho que la prohibición y la medicalización de las adicciones han resultado inefectivas.

Si se crece entre adicciones, agrega Couteron (2009): ¿qué lugar se deja a la educación?, ¿de qué educación estamos hablando cuando la educación es la internalización de competencias sociales y emocionales que generan responsabilidad? Los esfuerzos no han de ir encaminados a impedir, medicalizar, criminalizar o excluir el consumo sino a acompañar.

Darin Weinberg (2008) hace cuestionamientos valiosos al respecto al señalar que ni los modelos biomédicos —que entienden las adicciones como una enfermedad— ni el construccionismo social —que entiende las adicciones como procesos sociales o emocional—

sociales— ofrecen la claridad suficiente para discriminar en qué casos el tratamiento de la adicción es empoderador o es represivo.

Producto del análisis de tres clínicas de tratamiento en adicción, Weinberg (2008) propone una mirada posthumanista que tiene como eje la relación entre la adicción y el *self*, como una herramienta para dilucidar la cuestión y la pérdida del autocontrol como el centro de toda adicción. Uno de los resultados sobresalientes es que en ciertas comunidades terapéuticas se refuerza el rol y el desempeño adictivo del interno, inclusive, su identidad como adicto juega el papel de ser un pago por pertenecer. Retoma la noción de agente de Latour (cfr. Loredó, 2009) desde donde se entiende la adicción como un agente no-humano (*actante* o actor) que participa de forma activa en la problemática de la persona.

Es de importancia capital colocar al sujeto como el eje y no a la sustancia, al consumo o a las circunstancias que lo rodean. Identificar la utilidad emocional que representa el adictivo en la lucha por la sobrevivencia; bien puede ser un sello identitario o la posibilidad de sobresalir y adquirir la distinción necesaria para sentir que se existe y que es posible pertenecer a una grupalidad (Cantero, 2007), o como estrategia de seguridad ante conflictos relacionales y el desapego emocional de la familia (Nuño-Gutiérrez et al., 2018). Aunque también suele buscarse la vida cómoda y facilona, fantaseada como la más placentera (Martínez-López, 2015).

En este sentido, las drogas como reguladores emocionales juegan un papel importante. Al parecer, quienes disponen de mayores habilidades para regular sus emociones de manera más productiva tienen mayores probabilidades de llevar a cabo dinanismos que, soslayando posiciones dicotómicas entre las normas de la vida pública y la vida privada, logran moverse entre ambos mundos sin el menoscabo propio ni el de los demás, donde lo instituido y lo instituyente dejan de ser antagónicos.

Los trabajos respecto a las cualidades de un desempeño adictivo en el espacio público que no es estigmatizado también son escasos, con lo que se desdibuja a importancia del vínculo con uno mismo y con los demás, en particular con los acompañantes, colaboradores o terapeutas que acompañan al adicto. Para De Lucas-Taracena y Montañés-Rada (2006), las personas con problemas de adicción evalúan, de forma constante, las experiencias y relaciones de apego, pues en su biografía se fundan en experiencias de abandono, marginación social y escasos o violentos lazos familiares.

En cuanto al dilema de si un adicto es hipersensible o no, Murphy et al. (2015) hacen una diferenciación importante: la desregulación emocional del adicto se conforma de una mayor sensibilidad de recompensa a los estímulos relacionados con las drogas, una menor sensibilidad a los estímulos naturales de recompensa y una mayor sensibilidad de los sistemas de estrés del cerebro que responden a las amenazas.

Son valiosos los empeños que focalizan en la investigación, la intervención y en la prevención a la persona del adicto con su particular biografía, su agencia y sus esfuerzos por escapar de una muerte que amenazaba antes de consumir. Sobre todo, los acercamientos a las poblaciones más vulnerables y a las problemáticas que les aquejan, ya que suelen ser poco visibilizados; la adicción y la vida emocional de los que menos tienen en nuestro país parece que no importa, como es el caso de las mujeres y las niñas: al menos esto denotan las escasas producciones al respecto. El trabajo de Martha Romero, Eva María Rodríguez, Ana Durand-Smith y Rosa María Aguilera (2004), en el Instituto Nacional de Psiquiatría de la Ciudad de México, refiere esta escasez en poblaciones de las cárceles, los indigentes, prostitutas, y los llamados de forma coloquial, “teporochos”. También resaltan la ausencia en trabajadoras domésticas, en el campo de la salud reproductiva y la sexualidad, y en indígenas y religiosos.

Es difícil aplicar políticas, programas y estrategias para abordar una situación de la que se tiene poca información, pues por lo general, las encuestas realizadas en México son inexactas por fallas metodológicas, al decir de Sara Snapp y Jorge Herrera (2019). Para Torres-Valencia y Estrada-Pineda (2019), es importante visibilizar la imbricación conformada por la vulnerabilidad estructural —bajo nivel educativo, precariedad laboral; familias monoparentales con jefatura femenina, presencia de familiares adictos que normalizan el consumo— con la vulnerabilidad relacional —disgregación del vínculo afectivo que genera escaso apoyo familiar y social y fracturas en el vínculo afectivo; divorcios, falta de cohesión y violencia familiar— a fin de diseñar estrategias eficientes de prevención y tratamiento de las adicciones. Lo que complejiza la problemática adictiva y complica el establecimiento de estrategias eficientes de prevención y tratamiento de las adicciones, pues ambos tipos de vulnerabilidades se retroalimentan y acrecientan.

Son pocos los trabajos que reconocen los logros de la sociedad civil en el tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de adicción, una tarea de la que el estado se ha desentendido (Castillo-Cisneros, 2019). Gloria Cueva (2012) rescata la valía de esta participación, y además, aborda uno de los problemas más complejos, no solo en Perú sino también en nuestro país; la asociación de las adicciones con el delito en la población juvenil. Encuentra que uno de cada tres jóvenes se halla atrapado en este entramado. Uno de los desafíos más relevantes, agrega esta autora, es encontrar medidas efectivas de prevención y abordaje temprano del abuso de las drogas y el fenómeno de la violencia.

Vale la pena preguntarse por las modalidades y estrategias que se llevan a cabo en los centros de internamiento, casas de medio camino y centros de tratamiento y rehabilitación, pues el cuidado integral y humanizado de las personas adictas reclama desvelar el significado del proceso de rehabilitación desde quienes lo han vivido, al decir de María Pilar Millán-Barreiro (2011). Reiteramos la importancia de reconocer el derecho a la consideración digna y respetuosa de toda persona con problemas de adicción, a su libertad para tomar las propias decisiones, a la no discriminación ni sometimiento a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El derecho al desarrollo, al crecimiento y al reconocimiento de la capacidad de agencia, potencial o ejercida, con la que cuenta todo ser humano, incluye, de manera definitiva, a quien usa la droga como vehículo de sobrevivencia y despliega todos sus esfuerzos para lograrlo; aun cuando muera en el intento.

REFERENCIAS

- Aguilar, F., Verdejo, A., López, A., Montañez, M., Gómez, E., Arráez, F. & Pérez, M. (2008a). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos de contenido sexual en adictos a drogas. *Adicciones*, 20(2), 117-124.
- Aguilar, F., Verdejo, A., López, A., Montañez, M., Gómez, E., Arráez, F. & Pérez M. (2008b). Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el PEPSA (Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía). *Adicciones*, 20(1), 27-36.
- Alcalde-Cayón, C. (2015). *Inteligencia Emocional para la rehabilitación personal de un drogado-dependiente* [Proyecto de fin de grado, Universidad de Valladolid].
- Alonso-Castillo, M. M., López-García, K. S., Esparza-Almanza, S. E., Martínez-Maldonado, R., Guzmán, F. R. & Alonso-Castillo, B. A. (2009). Violencia contra la mujer y su relación

- con el consumo de drogas en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1), 81-95.
- Aponte, G. E. & Millán, L. A. (2013). Personalidad y disposición a fluir en el trabajo ¿un camino al bienestar psicológico o a la adicción al trabajo? *Anales de la Universidad Metropolitana*, 13(2), 191-210.
- Araujo-Robles, D. E. (2015). De la adicción a la adicción al Internet. *Revista Psicológica Herediana*, 10(1-2), 47-56.
- Arellanes-Hernández, J. L. & Pérez-Islas, V. (2011). *Factores de riesgo del consumo de drogas en jóvenes estudiantes en una ciudad de alto riesgo. El caso de Ciudad Juárez* (Informe de investigación 11-05). Centros de Integración Juvenil.
- Arreola Hernández, A. L. & Arellano Ceballos, A. C. (2016, marzo). Las emociones en la percepción social del riesgo en jóvenes rurales de Colima. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 5(1), 200-206.
- Barilari, S. (2001, marzo). *Adicciones. La fuerza del vínculo*. Proyecto cambio.
- Becker, C., Kopp, S. & Wachsmuth, I. (2004). Simulating the emotion dynamics of a multimodal conversational agent. En E. André, L. Dybkjær, W Minker & P. Heisterkamp (Eds.), *Affective dialogue systems - proceedings of the tutorial and research workshop, ADS 2004* (pp. 154-165). Springer.
- Becker, C., Kopp, S. & Wachsmuth, I. (2007). Why emotions should be integrated into conversational agents. En T. Nishida (Ed.), *Conversational informatics: an engineering approach* (pp. 49- 68). Wiley.
- Berenzon-Gorn, S., Galván-Reyes, J., Saavedra-Solano, N., Bernal-Pérez, P., Mellor-Crume, L. & Tiburcio-Saíz, M. (2014, julio-agosto). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*, 37(4), 313-319.
- Berger, A. (2015, 9 de noviembre). *Attain and sustain emotional sobriety. Steer toward peaceful, loving, joyful relationships*. Hazelden; Betty Ford Foundation.
- Berger, A. (2017, julio). Five core concepts of emotional sobriety. *Recovery Today Magazine*, No.32, 5-6.
- Berger, A. (2018). *Emotional sobriety in addiction recovery. Insights into learning and growing from our past*. Hazelden; Betty Ford Foundation.
- Bericat, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers: Revista de Sociología*, Vol.62, 145-176. <https://bit.ly/3bR6ahO>
- Billieux, J. & Van der Linden, M. (2010). Addictions et mécanismes d'autorégulation: pour une approche multifactorielle et dynamique. *Dans Psychotropes*, Vol.16, 45-56.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Praxis-Wolters Kluwer.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Editorial Síntesis.
- Bolínches, F., De Vicente, P., Reig, M., Haro, G., Martínez, J. & Cervera G. (2003, octubre). Emociones, motivación y trastornos adictivos: un enfoque biopsicosocial. *Trastornos Adictivos*, 5(4), 335-345.
- Camlin, T. (2017a, 10 de marzo). *Why do people use drugs? The relationship between emotion and addiction, pt. 1: Overview*. Practical Recovery.
- Camlin, T. (2017b, 17 de marzo). *Why do people use drugs? The relationship between emotion and addiction, pt. 2: Anger*. Practical Recovery.

- Camlin, T. (2017c, 24 de marzo). *Why do people use drugs? The relationship between emotion and addiction, pt. 3: Sadness*. Practical Recovery.
- Camlin, T. (2017d, 31 de marzo). *Why do people use drugs? The relationship between emotion and addiction, pt. 4: Disgust*. Practical Recovery.
- Camlin, T. (2017e, 7 de abril). *Why do people use drugs? The relationship between emotion and addiction, pt. 5: Fear*. Practical Recovery.
- Camlin, T. (2017f, 14 de abril). *Why do people use drugs? The relationship between emotion and addiction, pt. 6: Happiness*. Practical Recovery.
- Campbell, L. (2010, 15 de agosto). *Relationships in Recovery. Steer toward peaceful, loving, joyful relationships*. Hazelden Betty Ford Foundation.
- Cantero, F. (2007). Drogas, adicciones y subjetividad. *Norte de Salud Mental*, No.29, 58–62.
- Carton, S. (2011). La recherche de sensations: quel traitement de l'émotion? *Psychotropes*, 11(3–4), 121–144.
- Casals–Campos, E. & Plaza–Bernabu, E. (2015). Sexo, dependencias sentimentales y deporte. Cuando las conductas hedónicas se convierten en adicción. Un caso de adicción al deporte. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(4), 48–60.
- Castillo–Cisneros, I. D. (2019). *Cuarenta años de Centros de Internamiento para adicciones en el Área Metropolitana de Guadalajara: La respuesta instituyente de la sociedad civil* [Tesis de maestría, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)].
- Chicharro, J., Pérez–García, A. & Sanjuán, P. (2012). Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio. *Revista Adicciones*, 24(1), 59–67.
- Chim, D. (2011). Gambling addiction in Asia: ¿Need for a medical perspective? *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 2(1), 68–74.
- Clayton, I. (2011, 28 de agosto). *Feelings, what feelings. How to check in, when you really want to check out*. Psychology Today.
- Clayton, I. (2013, 10 de julio). *Cult of personality. Moving from self-rejection to self-acceptance*. Psychology Today.
- Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. (2015). *Proyecto Hombre: El modelo bio–psico–social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*. Asociación Proyecto Hombre.
- Company, R., Oberst, U. & Sánchez, F. (2012, marzo). Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*. No.104, 7–36.
- Corona–Figueroa, B., Robles–García, R., Meda–Lara, R., Fresá, A. & Cruz–Maycott, J. (2015). Competencia y compartimiento emocional en usuarios de cocaína: psicometría y relación con variables sociodemográficas y clínicas. *Salud Mental*, 38(6), 403–408.
- Couteron, J. P. (2009). Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation? *Dans Psychotropes*, 1(5), 9–25.
- Cueva, G. (2012). Violencia y adicciones. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 99–103.
- Damasio A. R. (2001). *La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Debate.
- De la Rosa–Morales, V. & González–Rodríguez, M. P. (2007, diciembre). La adicción a Internet en adolescentes se asocia con síntomas psiquiátricos como TDAH, depresión y hostilidad. *Evidencias en Pediatría*, 3(4), 104–108.
- De Lucas–Taracena, M. T. & Montañés–Rada, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 377–386.

- Elizondo-López, J. A. (2001). El Síndrome de la borrachera seca. Nueva versión con 12 síntomas. *Reflexiones Adictológicas*.
- Elster, J. (1999). *Alchemies of the mind: rationality and the emotions*. Cambridge University Press.
- Elster, J. (2000). *Strong feelings. Emotion, addiction and human behavior*. A Bradford Book; The MIT Press.
- Enríquez-Rosas, R. (2009). *El crisol de la pobreza: mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*. ITESO.
- Epstein, E. (2013). *La inteligencia emocional en pacientes adictos* [Trabajo final integrador, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires]. Repositorio Dspace.
- Esmailinasab, M., Andami Khoshk, A., Azarmi, H. & Samar, A. (2014, noviembre). The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in student's addiction potential. *Journal of Research on Addiction*, 8(29), 49-63.
- Esqueda, L. & Ángeles, F. (2010). Perfil psicosocial del narcodependiente. En L. Esqueda, G. Escalante, S. D'Anello, Y. Barreal & A. D'Orazio (Eds.), *Aportes a la Psicología Social de la Salud*. Publicaciones Vicerrectorado Académico.
- Fernández-Barrilado, A. (2015). *La inteligencia emocional en el contexto de la recuperación del consumo de drogas*. Universidad de Granada.
- Fernández, B., Jorge, V. & Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6(1), 243-256.
- Ferraro, G., Casi, B., D'Amico, A. & Di Blasi, M. (2007, abril). Internet addiction disorder. An Italian study. *Cyber Psychology & Behavior, Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 10(2), 170-175.
- Fromm, E. (1975). *Anatomía de la destructividad humana*. Siglo XXI Editores.
- García-Arango, S. A. (2018, abril-junio). Adicciones tecnológicas; barrera a vencer en el contexto socioproductivo de América Latina y del Caribe. *Revista Conrado*, 14(63), 208-213.
- García, J., García, Á., Gázquez-Pertusa, M. & Marzo-Campos, J. C. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y drogas*, 13(2), 89-97.
- García, J. M., García-Méndez, M. & Rivera-Aragón, S. (2015, julio-diciembre). Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(2), 163-172.
- Gardner, H. (1987). *La teoría de las inteligencias múltiples*. Fondo de Cultura Económica.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Gay, P. & Salamanca, G. (1992). The culture of the customer. *Journal of Management Studies*, 29(5).
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Gómez-Gómez, E. N. (2017). La esperanza y la capacidad de agencia. De la exclusión a la inclusión. En R. Enríquez-Rosas & O. López-Sánchez (Coords.), *Las emociones como dispositivos para la comprensión del mundo social* (pp. 57-86). ITESO.

- Grandey, A. (2000). Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 95–110. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.95>
- Guzmán-Facundo, F. R. & Pedrao L. J. (2008, mayo–junio). Factores de riesgo personales e interpersonales en el consumo de drogas ilícitas en adolescentes y jóvenes marginales en bandas juveniles. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16*(3).
- Hazelden Betty Ford Foundation. (2015, 9 de noviembre). *Attain & Sustain Emotional Sobriety. Steer toward peaceful, loving, joyful relationships.*
- Hazelden Betty Ford Foundation. (2018a). *Is the codependence affecting your relationships? Identifying codependency and finding help for the helper.*
- Hazelden Betty Ford Foundation. (2018b). *The serenity prayer and Twelve step recovery. Finding the balance between acceptance and change.*
- Heo, J., Oh, J., Subramanian, S. V., Kim, Y. & Kawachi, I. (2014, 5 de febrero). Addictive internet use among korean adolescents: a national survey. *PLOS ONE, 9*(2).
- Hilt, J. A., Bouvet, R. & Collins, E. (2015). Adicción a internet en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Investigación Universitaria, 4*(2), 11–17.
- Hochschild, A. R. (1979, noviembre). Emotion work. Feeling rules and social structure. *American Journal of Sociology, 85*(3), 551–575.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart. The comercialitation of human feeling.* University of California Pres.
- Hochschild, A. R. (1990). Ideology and emotion management: a perspective and path for future research. En T. D. Kemper (Ed.), *Research agendas in the sociology of emotions* (pp. 117–142). State University of New York Press.
- Irigoyen-Ontiñano, M., Molinero-Ponce, I., Montagut-Fornós, G. & Mur-Lain, M. (2015). Comportamiento adictivo e inestabilidad emocional: a propósito de un caso. *Revista Iberoamericana de Psicología, No.115*, 32–40.
- Jentsch, J. D., Ashenhurst, J. R., Cervantes, M. C., James, A. S., Groman, S. M. & Pennington, Z. T. (2014, octubre). Dissecting impulsivity and its relationships to drug addictions. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1327*(1), 1–26.
- Ju-Yu, Y., Chih-Hung, K., Cheng-Fang, Y., Sue-Huei, Ch., Wei-Lun, Ch. & Cheng-Chung, Ch. (2008, febrero). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: comparison with substance use. *Psychiatry and Clinical Neuroscience, 62*(1), 9–16.
- Kemper, T. D. (Ed.) (1990). *Research agendas in the sociology of emotions.* State University of New York Press.
- Khantzian, E. J. (1997, enero–febrero). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231–244.
- Koob, G. F. (2015, abril). The dark side of emotion: the addiction perspective. *European Journal of Pharmacology, Vol.753*, 73–87.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety disorders.* Lawrence Erlbaum.
- LaMothe, K. (2012, 16 de marzo). *Emotional habits: the key to addiction. What emotional habits feed your addictive thoughts and actions?* Psychology Today.
- León-Vega, E. (2016). La materialidad activa de los afectos: algunos desafíos. En O. López-Sánchez & R. Enríquez-Rosas (Coords.), *Cartografías emocionales. Las tramas de la teo-*

- ría y la praxis (pp. 47–68). Universidad Nacional Autónoma de México; Facultad de Estudios Superiores Iztacala; Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente.
- León-Vega, E. (coord.) (2012). *Virtudes y sentimientos sociales para enfrentar el desconsuelo*. Sequitur.
- Loonis, E. (2007, enero). Psychologie hédonique et addictions: émotions, cognitions et personnalité. *E-journal of hedonology*. Academia.edu
- López-Sánchez, O. (2019). *Extravíos del alma mexicana: patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900–1940)*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Loredo-Narciandi, J. C. (2009, enero-abril). ¿Sujetos o “actantes”? El constructivismo de Latour y la psicología constructivista. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(1), 113–136.
- Lutz, C. (1986, agosto). Emotion, thought, and estrangement; emotion as a cultural category. *Cultural Anthropology*, 1(3), 287–309. <https://bit.ly/3bRwSa4>
- Manantiales Fundación. (2019). *Abordajes de las adicciones. Las etapas de la recuperación*. manantiales.org
- Martín, I. M. (2019). *El poder de la emoción*. Libros para conocerse.
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. E. & Rivera, E. (2005, septiembre-octubre). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 48(5).
- Martínez-López, A. (2015). *Importancia de la resiliencia e inteligencia emocional en el consumo de cocaína* [Tesis doctoral, Albacete Universidad de Castilla-La Mancha].
- Mascaraque-Muñoz, A. (2015). *Inteligencia emocional y consumo de sustancias en una muestra de mujeres universitarias ¿cómo se relacionan?* [Trabajo final de master, Universidad Pontificia Comillas] Repositorio Institucional. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1136>
- Maselli, F. & Manera, E. (1999). *Manuale di terapia per la tossicodipendenza*. National Institute on Drug Abuse.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. & Salovey, P. (2002). Selecting a measure of emotional intelligence: the case for ability scales. En R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 320–342). Jossey-Bass Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Item Booklet. *UNH Personality Lab*, No.26. <https://bit.ly/3yCbSxK>
- Mayo Clinic. (2004). *Intervención: ayuda a un ser querido a superar la adicción*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/mental-illness/in-depth/intervention/art-20047451>
- McCarthy, E. D. (1989). *Emotions are social things: an essay in the sociology of emotions*. Sociology Faculty Publications.
- Medina-Mora, M. E. & Rojas-Guiot, E. (2003, octubre-diciembre). Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17(4), 230–244.
- Mercado-Maldonado, A. & Briseño-Cruz, P. D. (2014, enero-abril). El “Yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad de consumo. *Espacios Públicos*, 17(39), 137–157.
- Michellini, Y., Acuña, I. & Godoy J. C. (2016, enero-junio). Emociones, toma de decisiones y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Suma Psicológica. ELSEVIER*. 23(1), 42–50.

- Millán-Barreiro, M. P. (2011, octubre-diciembre). Amistades, sentimientos y drogas: Tras cesar el abuso. *Index de Enfermería*, 20(4).
- Molina-Fernández, A. J. (2013). Personas, emociones y adicciones: más allá del cerebro. *Revista Adicción y Ciencia*, 3(1).
- Mora-Ríos, J. & Natera, G. (2001, marzo-abril). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43(2).
- Morales-Ortíz, H. C. (2007). La Inteligencia Emocional y su utilidad para prevenir adicciones y otros problemas psicosociales. *Liberaddictus*, No.100, 31-38.
- Morcillo-García J. (2015). Inteligencia emocional y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández]. Departamento de Psicología de la salud.
- Murphy, A., Taylor, E. & Elliott, R. (2015). The detrimental effects of emotional process dysregulation on decision-making in substance dependence. *Frontiers an Integrative Neurocience*, 6(101).
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Madrigal, E. A. & Martínez-Munguía, C. (2018). Factores psicológicos y relacionales asociados a episodios de embriaguez en adolescentes escolares de Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1), 105-116.
- Olano, M. (2016). Qu'est-ce que l'addiction sexuelle? *Sciences Humaines*, No.284, 69-69.
- Ortega-Salazar, S., Ramírez-Mocarro, M. A. & Castelán-Cedillo, A. (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Revista Iberoamericana de Educación*, Vol.38, 147-169.
- Parra-Sierra, V., Vargas-Martínez J. I., Zamora-González B., Peña-Cárdenas F., Velázquez-Narváes Y. Ruiz-Ramo L. & Monreal-Aranda O. (2016, junio). Adicción y factores determinantes en el uso problemático del internet, en una muestra de jóvenes universitarios. *Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, No.56, 60-73.
- Peele, S. (1978, septiembre). Addiction: the analgesic experience social setting and cultural expectation are better predictors of addiction than body chemistry. Caffeine, nicotine, and even food can be as addictive as heroin. *Human Nature*, 1(9), 61-67.
- Pérez, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Revista Adicciones*. 24(2), 153-160.
- Prieto-Moyá, J., Ramírez-Alfonso, H., Ramírez-Aycar, I. V. & Ouro-Corredera, D. (2014). *La alteración emocional en los trastornos adictivos*. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- Ramos-Cejudo J. & Iruarrizaga, I. (2009, diciembre). Correlatos neuropsicológicos y emocionales implicados en el consumo de cocaína: una revisión teórica a los nuevos hallazgos. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 245-253.
- Rodríguez-Martín, B. C., Gallego-Arjiz, B., López-Ewert, P., Reguera-Errasti, J., Quevedo, M. & Broche-Pérez Y. (2009, junio). Los primeros 90 días de tratamiento de adicciones. El rol de los grupos de apoyo para familiares. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(1), 6-14.
- Romero, M., Rodríguez, E. M., Durand-Smith, A., Aguilera, R. M. (2004, febrero). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones (2a Parte). *Salud Mental*, 27(1), 73-84.

- Romero-Ayuso, D., Mayoral-Gontán, Y. & Triviño-Juárez, J. M. (2016). Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(2), 72-78.
- Rozaire, Ch., Guillou-Landreat, M., Grall-Bronnec, M., Rocher, B. & Venisse, J. L. (2009). Qu'est-ce que l'addiction? *Dans Archives de Politique Criminelle*, No.31, 9-23.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. & Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230.
- Salgado-Jiménez, C., Álvarez Aguirre, A., Hernández-Rodríguez, V. M., Herrera-Paredes, J. M. & Sánchez-Perales, M. (2016, enero-junio). Dificultades interpersonales y sustancias psicoactivas en adolescentes. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 5(9).
- Salinas, F. C. (2014, 9 y 10 octubre). *Manejo de expectativas sociales ante la recaída, una propuesta para la construcción de confianza* [Ponencia preparada para el III Congreso de Adicciones. IX Foro de Farmacodependencia y Conducta. Colombia].
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20(2), 149-159.
- Sang-Min, L., Sujin, L. & Geunyoung, Ch. (2003). Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on Internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 6(2), 143-150.
- Senra, M., Pérez-González, J. & Manzano, N. (2007, enero-junio). Competencias socioemocionales y alcoholismo en mujeres: revisión y estado actual de la cuestión. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 18(1), 73-81.
- Sepehry, J. & Shirazi, M. (2016). The role of distress tolerance and predicting susceptibility of addicts or non addicts to addiction. *Research Journal of Medical Sciences*, 10(4), 287-290.
- Snapp, Z. & Herrera J. (2019, 20 de mayo). Encuesta Mundial sobre Drogas 2019: explorando cifras de usuarios drogas en México. *Animal Político*. <https://animalpolitico.com/analisis/invitades/encuesta-mundial-sobre-drogas-2019-explorando-cifras-de-usuarios-drogas-en-mexico>
- Testoni, I. (1997). *Psicología del nihilismo. La tossicodipendeza come rimedio*. Università di Padova.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Torres-Valencia, A. B. & Estrada-Pineda, C. (2019). Vulnerabilidad estructural y vulnerabilidad relacional. Historias de personas drogodependientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1).
- Valencia-Guzmán, M. J., Gutiérrez-Rico, D. & Gutiérrez-Homma, J. (2016). Estilo de vida en estudiantes de nivel medio superior y su relación con las adicciones. *Praxis Investigativa*, 8(14), 94-112.
- Van Kleef, G. A. (2009). How emotions regulate social life. The emotions as Social Information (EASI) Model. *A Journal of the Association for Psychological Science*, 18(3), 184-88.
- Van Rooji, A. J., Schoenmakers, T. M., Vermulst, A., Regina, J. J. M., Eijnden, V. & Van de Mheen, D. (2010, 15 de septiembre). Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction Research Report*, 106(1), 205-212.

- Von Scheve, C. & Von Lüde, R. (2005, septiembre). Emotion and social structures: Towards an interdisciplinary approach. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 35(3), 303-328.
- Weinberg, D. (2008, enero). Hacia un entendimiento post-humanista de la adicción. *Política y Sociedad*, 45(3), 159-175.
- Young, K. & Nabuco de Abreu, C. (Eds.) (2010). *Internet addiction: a handbook and guide to evaluation and treatment*. Wiley.

La prevención en el campo de las adicciones: escenarios imaginados

MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Hablar de prevención en el campo de las adicciones es adentrarse en un terreno que a pesar de no brindar todas las respuestas, se muestra como ese camino que ofrece la posibilidad de ampliar las miradas, de dar un paso atrás, de releer el problema y contemplar el fenómeno adictivo desde una posición que no se limita a buscar su entendimiento o alternativas para rehabilitar a una persona que ha caído en la obscuridad de una adicción sino que nos lanza a la anticipación de la conducta adictiva.

La prevención es un llamado a imaginar escenarios distintos, a poner la atención en aquellos elementos y factores que favorecen u obstaculizan la aparición del problema. Es una invitación a adelantarnos a la adicción, a trabajar en la generación de condiciones sociales y personales que procuren el desarrollo y el bienestar de los individuos y las comunidades de forma que podamos contrarrestar la destrucción que una vida sometida a las adicciones trae consigo. Es además, un llamado a pensar desde la lógica de la complejidad, de la colaboración y de la interrelación de diversos actores y organismos que componen el entramado social y son agentes claves para buscar soluciones y alternativas al fenómeno de las adicciones.

El presente capítulo integra la información encontrada en torno a la temática de prevención de adicciones, fruto de la consulta de escritos tanto de carácter académico como divulgativo, llevada a cabo con la finalidad de generar una primera aproximación al campo de la prevención de las adicciones, en específico de aquellas relacionadas al consumo de sustancias.

La indagación se realizó principalmente en medios electrónicos a través de motores de búsqueda en Internet, para lo cual se establecieron criterios como los siguientes: cantidad de información relacionada con el tema, principales temáticas y contenidos abordados, origen de la información —instancias que generan los contenidos—, abordajes teóricos, disciplinas que estudian el fenómeno y países que producen el conocimiento. De esta manera, el documento no solo incluye la visión de académicos y científicos del ámbito de la prevención sino que también integra la mirada de otros actores y escenarios de campo de la divulgación.

En términos metodológicos, se utilizó el motor de Google para llevar a cabo gran parte de las búsquedas, tanto en su formato abierto como en Google Académico. A fin de localizar documentos de carácter científico y académico, se recurrió a bases de datos específicas como Redalyc, Latindex y Scielo. Por último, se incluyeron documentos encontrados en las bases de datos de la biblioteca Dr. Jorge Villalobos Padilla, S.J., del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).

La información obtenida se revisó, clasificó y resumió en fichas que facilitaron su integración, y fue el insumo central para la elaboración del presente escrito. Las primeras aproximaciones que se hicieron a través de los motores de búsqueda de Internet dan cuenta de que el tema de la prevención de adicciones ha suscitado una cantidad significativa de información,

puesto que se encontraron cerca de 11'700,000 resultados relacionados con palabras como prevención y adicciones.

La información que se despliega en las primeras páginas del buscador hace referencia principalmente a documentos e iniciativas de organismos públicos, como gobiernos, ayuntamientos o secretarías de estado, que plasman las estrategias que las instituciones plantean y, que en algunos casos, llevan a cabo para la prevención de las adicciones en sus respectivos países o comunidades.

De igual manera, aparecen programas y servicios ofrecidos desde asociaciones o centros especializados para el manejo de las adicciones, donde se plantean alternativas de prevención y / o rehabilitación. Por otro lado, la información de carácter divulgativo se encuentra presente de manera significativa, a través de notas, recomendaciones o artículos que aparecen en páginas o *blogs* especializados, muchos de ellos vinculados a temáticas de salud; o bien a través de publicaciones de diarios que dan a conocer noticias o columnas de reflexión en torno a la problemática de las adicciones. Se pueden encontrar también en esta indagación abierta, documentos de carácter académico, aunque para la elaboración del presente escrito, la mayoría de los escritos científicos y académicos fueron obtenidos a través de bases de datos especializadas, tal como se mencionó en párrafos anteriores.

Documentos base

Los contenidos que dan cuerpo al presente documento reflejan las temáticas en su mayoría, abordadas y desarrolladas en los documentos encontrados. En total se revisaron 94 artículos, entre programas y planes nacionales o estatales, artículos de revistas, reportes de asociaciones, lineamientos de organismos públicos o no gubernamentales, capítulos de libros e información de carácter divulgativo.

Desde el punto de vista disciplinar, encontramos que en su gran mayoría, los documentos revisados responden al campo de la psicología, seguidos del campo de la salud pública y, con una presencia considerablemente menor, del campo de la medicina, el trabajo social, la enfermería y las ciencias sociales.

El idioma base de la revisión fue el castellano, por lo que tres cuartas partes de los escritos responden a este idioma, el resto de artículos son de habla inglesa. No obstante, es importante señalar que no todos los documentos de habla inglesa corresponden a países donde su lengua nativa es el inglés, ya que también forman parte del presente escrito artículos de países como Corea del Sur, Turquía, China e Irán. Llama la atención la gran producción encontrada en castellano de artículos publicados en España, seguido por México, Colombia, y en menor porcentaje, de países como Argentina, Ecuador, Chile, Perú y Cuba.

Los principales contenidos encontrados versan en torno a temáticas como: modelos y teorías preventivas, factores de riesgo y protección, niveles de prevención, lineamientos para la elaboración de programas preventivos, intervenciones preventivas en diferentes escenarios, así como las propuestas realizadas desde diferentes gobiernos u organismos no gubernamentales para llevar a cabo intervenciones y acciones de carácter preventivo.

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ HABLAR DE PREVENCIÓN?

El fenómeno de las adicciones en todas sus manifestaciones y modalidades es en definitiva un fenómeno complejo. Su entendimiento requiere un análisis de la multiplicidad de ele-

mentos que se ponen en juego, desde aquellos propios del individuo, como los de carácter colectivo, social, económico, político o cultural. Tal como lo comentan Robert Castel y Anne Coppel (1994), el estudio de las adicciones trasciende al entendimiento del producto que se consume, ya que la sustancia no existe como algo independiente del “modo de vida en el que se inscribe” o de las motivaciones del sujeto. De ahí la importancia de considerar la relación e interacción de todos los factores involucrados en el fenómeno.

Su abordaje y estudio, a lo largo de los años, de acuerdo con Olena Klimenko, Daniel Antonio Plaza, Carolina Bello, Jhon Jairo García y Nuris del Carmen Sánchez (2018) han suscitado gran interés en la comunidad científica, por lo que se han desarrollado diversas líneas de investigación que van desde el estudio del fenómeno relacionado a las sustancias, a la indagación de los aspectos biológicos, comportamentales y sociales que favorecen o se relacionan con la adicción, así como los factores implicados en su inicio o mantenimiento. Cada una de estas líneas ha favorecido la construcción de un cuerpo de conocimiento cada vez más sólido, que ha servido como base para el entendimiento de las conductas relacionadas con el consumo y sus posibles tratamientos.

No obstante, en las últimas décadas (finales del siglo XX e iniciales del XXI), aunado a la nueva concepción de salud, se ha señalado la necesidad de realizar acercamientos que no solo atiendan el problema de las adicciones, una vez que estas se presenten en la vida de los individuos o de las sociedades, sino que ha reconocido la urgencia de avanzar en iniciativas que atiendan el tema de las adicciones antes de que estas aparezcan y se desarrollen, es decir, generar planteamientos desde una perspectiva de la prevención.

Lo expuesto se hace cada vez más urgente si tomamos en cuenta que conforme a los últimos datos otorgados por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC), en su Informe Mundial sobre las Drogas 2020, el consumo de drogas en el contexto mundial va en aumento. De acuerdo con los datos proporcionados en el informe, alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en el mundo durante 2018, lo que representa un aumento de 39% en los últimos 10 años. Asimismo, se considera que más de 35 millones de personas sufren trastornos por el uso de drogas.

El panorama en nuestro país no es muy distinto, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) (2017) muestra que en México, 8 millones y medio de hombres y mujeres, de 12 a 64 años de edad, han consumido por lo menos una vez en la vida alguna droga, y de ellos, por lo menos un millón se encuentran en el rango de los 12 a los 17 años. Estos hechos han generado una alarma en el sector salud, el cual hoy en día, considera el consumo de drogas como un notable problema de salud pública.

La Secretaría de Salud reporta que estudios recientes han proporcionado datos que hablan de una transición epidemiológica en el fenómeno de las adicciones que apunta hacia tres vertientes: la disminución en la edad de inicio, el incremento del consumo entre adolescentes y jóvenes, y el aumento del consumo en las mujeres. Aspectos que representan un reto significativo en materia de prevención y atención oportuna.

La prevención surge, por tanto, como una pieza clave y fundamental al momento de hablar de adicciones y sus posibles vías de afrontamiento. Es junto con el tema de la atención una de las preocupaciones principales de los gobiernos y organismos encargados de procurar la salud y el bienestar de los individuos y las sociedades. Plantea la posibilidad de superar el enfoque centrado en el problema y la enfermedad, al buscar estrategias colaborativas que promuevan los recursos existentes que actúan como factores de protección, y llama a la construcción conjunta de entornos que permitan un buen vivir y un buen convivir.

¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES LA PREVENCIÓN?

Partiendo de sus raíces etimológicas, prevención proviene del vocablo prevenir, que tiene su origen latino en la palabra *praevenire* (de *pre*: antes, y *venire*: venir), que significa adelantarse, preceder, venir antes, anticiparse. Por tanto, prevención se refiere a la acción y efecto de prevenir, donde se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañino.

En el ámbito de la salud, la prevención cobra una especial relevancia a mediados del siglo XX, cuando el concepto de salud transita de un modelo biomédico clínico, basado en “curar” la enfermedad bajo el seguimiento de los protocolos médicos establecidos, donde la identificación del síntoma, la elaboración del diagnóstico y la prescripción del tratamiento eran partes fundamentales del mismo, a un modelo en el cual los aspectos psicosociales y socioculturales fueran tomados en cuenta.

Se encontró una relación entre la salud y los llamados determinantes sociales, relación que fue resaltada de manera importante por el ministro de sanidad canadiense, Marc Lalonde, en su documento histórico: *Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses* (1974). Con este nuevo paradigma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) formula, en 1946, una nueva definición de salud, a la que entiende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1998). De esta manera se da paso a una idea de salud que por primera vez se plantea en términos positivos y se desmarca de la concepción clásica de la ausencia de enfermedad. Esta nueva forma de entender la salud incorpora, por tanto, factores de tipo social y mental, y da pie al desarrollo de la medicina preventiva como una estrategia de mayor alcance vinculada a la promoción de la salud.

Bajo esta nueva perspectiva, la prevención emerge como una alternativa central y de gran espectro, la cual se entiende como el conjunto de acciones que buscan, por un lado, detectar y reducir los factores de riesgo de un fenómeno determinado —como lo es el tema de las adicciones—, y por otro, potenciar los factores de protección involucrados en el fenómeno. De igual forma, tiene la función de frenar los avances de la afección, sus consecuencias y recaídas, una vez que la problemática ya se encuentra presente.

Comprender los orígenes de la prevención en el ámbito de la salud, en especial a partir de los cambios en su comprensión, no es un asunto menor al momento de presentar el tema de la prevención de adicciones ya que sustenta el punto de arranque desde el cual es posible valorar su relevancia y el papel que juega en el abordaje del fenómeno, a la vez que orienta la construcción de propuestas preventivas efectivas y pertinentes.

Resulta útil, además de revisar los orígenes de la prevención en el campo de la salud, diferenciarla de otros conceptos a los cuales se asocia y que en algunos documentos se utilizan a la par, como lo son la promoción de la salud y la educación de la salud.

Nociones de la promoción de la salud

La promoción de la salud tiene sus antecedentes en los trabajos de Laframboise, en 1973, quien identificó como elementos centrales de la salud, los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la biología humana (citado en Vargas, Villegas del Carpio, Sánchez & Holthuis, 2003). Estos componentes fueron retomados y oficializados en la Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar en 1977, donde se reconocieron las limitaciones de

los modelos centrados en la enfermedad y se propusieron nuevos abordajes que situaron a las determinantes de la salud en el punto central. Lo relevante de esta declaración fue el hecho de que la OMS la asumiera como parte de sus estrategias, a fin de lograr una política global de “Salud para todos en el año 2000”.

Sin embargo, es hasta la “Conferencia Internacional de Promoción de la Salud”, celebrada en Ottawa en 1986, donde se recogen los planteamientos anteriores y se sientan las bases sobre las que se sustentan los principios fundamentales de la promoción de la salud. Fruto de esta conferencia se elabora lo que hoy se conoce como la Carta de Ottawa, que integra no solo la concepción de lo que se llamará promoción de la salud sino sus tareas y estrategias centrales.

De acuerdo con la Carta de Ottawa, la promoción de la Salud consiste en:

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (OMS, 1986).

De esta forma, se colocan premisas importantes que permiten ampliar la mirada de la salud, no solo dentro del sector sanitario, como se había establecido de forma tradicional, sino que se hace un llamado en el ámbito internacional para ver la salud desde un campo más comunitario, donde la creación de políticas públicas, la generación de entornos favorables para la salud, y el empoderamiento y desarrollo de habilidades personales para la acción comunitaria se vuelven fundamentales. Esta concepción supone varios aspectos que vale la pena resaltar:

- La promoción de la salud es una estrategia de salud pública centrada en la intervención y no en el diagnóstico.
- Conlleva un proceso social y político dirigido a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas que afectan la salud individual y social.
- La promoción de la salud no se reduce a un cambio en los estilos de vida sino en la revisión de sus determinantes y el conocimiento de los factores que influyen en las desigualdades sociales.
- La promoción de la salud es una estrategia que ofrece amplias posibilidades en los ámbitos local, regional y nacional.
- Involucra a la población en su conjunto y no solo a poblaciones con riesgos específicos de enfermedad.

Algo que vale la pena resaltar cuando se habla de una perspectiva de promoción de la salud, es el énfasis que se pone en los diferentes actores sociales, puesto que trasciende la visión exclusiva del sector salud al involucrar la participación activa y efectiva de la población, así como a diferentes actores políticos y sociales con el propósito de generar un proceso de construcción social de la salud (O'Donnell, 1986; Quintero, De la Mella & Gómez, 2017).

EL ENFOQUE DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es una herramienta que forma parte de las estrategias de promoción de la salud, y que tiene como ejes fundamentales a la educación y la comunicación con el fin de alcanzar la salud y el desarrollo humano. De acuerdo con Proinapsa (2014, citado en Organización Mundial de la Salud, 2017), se trata de “un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud, en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo”.

En términos de su proceso comunicativo, la educación para la salud no solo significa transmitir información sino que implica la difusión de un mensaje entre un emisor y un receptor, donde cada uno juega un rol esencial —educador como emisor, mensaje como contenido de la información y la persona o el grupo como receptores del mensaje—. Es educativo porque las actividades que se diseñan buscan desarrollar ciertas facultades o capacidades en los individuos o los grupos, quienes a su vez pueden generar un aprendizaje que produzca un cambio en su manera de actuar, pensar o sentir, con lo que se provoca un proceso de enseñanza-aprendizaje (Mora, 2008).

Es en su componente educativo, donde confluye el carácter preventivo, como se verá desarrollado en algunas de las propuestas preventivas que se plantearán en el documento. La propuesta de la educación de la salud es la de ser un medio para fomentar la motivación, las habilidades personales y comunitarias para adoptar medidas destinadas al cuidado de la salud. Entre sus planteamientos principales se encuentra el propiciar espacios que ayuden a generar mayor conciencia sobre los aspectos que atañen a la salud, a través de procesos de diálogo, participación y reflexión sobre temáticas claves. Se pretende, por tanto, con una mayor conciencia, impulsar a los individuos y las comunidades a que participen y tomen decisiones sobre su propia salud y se hagan responsables de ella, fortaleciendo el concepto de autocuidado (Perea, 2001).

Tomando en cuenta lo anterior, se pueden distinguir en la propuesta de educación para la salud tres pasos que se consideran fundamentales: un primer paso o nivel que se ha denominado funcional, que parte básicamente con la identificación y otorgamiento de información relevante en torno a la temática a trabajar; un segundo nivel llamado operativo, donde el foco y los esfuerzos se centran en el desarrollo de habilidades; y un tercer nivel considerado como el nivel crítico, donde el componente social entra en juego a través de un trabajo de empoderamiento comunitario (Centros de Integración Juvenil, s.f.).

Por tanto, la prevención, la promoción de la salud y la educación para la salud son conceptos entrelazados en la prevención. El siguiente cuadro (véase la tabla 4.1) busca brindar información que facilite la distinción entre la prevención y la promoción de la salud en su sentido más amplio.

TABLA 4.1 PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

	Prevención	Promoción de la salud
Objetivo	Los objetivos de la prevención se relacionan con los problemas de salud y son, en esencia, correctivos. Se dirigen a la reducción de los factores de riesgo de una enfermedad específica o a la protección contra los agentes agresivos.	Los objetivos de la promoción se insertan al interior de una dinámica positiva hacia la salud , donde se habla de determinantes de la salud y desarrollo de condiciones favorables a la salud.
Enfoque	La prevención utiliza el enfoque de riesgo , o sea que realiza intervenciones específicas a partir del perfil de riesgo particular de individuos o grupos.	La promoción realiza intervenciones dirigidas a los determinantes de la salud , mediante mejoras en los hábitos o las condiciones de vida generales de la población.
Población	La prevención, por lo general, dirige sus acciones a los individuos o a grupos pequeños , en riesgo de adquirir una enfermedad.	La promoción utiliza el enfoque poblacional, o sea que dirige sus acciones a la población en general o a sus grupos poblacionales.

Fuente: Ileana Vargas, Óscar Villegas del Carpio, Aurora Sánchez y Kristin Holthuis (2003).

LA PREVENCIÓN EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

Como se ha establecido en los párrafos anteriores, la prevención es una estrategia de gran valor en el campo de la salud pública, y tiene un papel fundamental al momento de abordar problemáticas tan profundas y complejas como es el tema de las adicciones.

Aunque en esencia se guardan los mismos principios que la definición general de prevención, en los escritos sobre adicciones se suele encontrar una definición específica para este campo. La definición puede ser tan sintética como la realizada por Federico Cruz (2013), quien habla de la prevención de adicciones como: “toda medida o actuación que tiende a reducir, retrasar o evitar el consumo de determinada sustancia y los problemas derivados de su uso”, o bien, más elaborada como la llevada a cabo dentro del Plan de Prevención del Gobierno de Ecuador, donde se establece la prevención de adicciones como:

El conjunto de acciones orientadas a construir una conciencia individual y social respecto de los diversos ámbitos de intervención que conforman la problemática de drogas. Implica promover en el desarrollo integral, individual y social capacidades y destrezas que permitan anticiparse a la aparición de problemas, la capacidad para resolverlos y evitar conductas asociadas al consumo de drogas, para contribuir al buen vivir en el marco del respeto de los derechos humanos (García, citado en Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas República de Ecuador, 2012).

El objetivo básico de la prevención de las adicciones sería evitar el consumo de sustancias adictivas, y si este ya comenzó, evitar que se desarrolle una dependencia que conlleve mayores trastornos en el ámbito de la salud física, emocional o social del individuo. Implica desarrollar capacidades y potencialidades en los individuos y los grupos para que contribuyan de manera positiva y significativa en su entorno social (Arbex, 2013).

Se puede apreciar que las definiciones de prevención en el campo de las adicciones reflejan los niveles en los que se da la intervención o la actuación preventiva. Así, se habla de evitar el consumo, detener el progreso y minimizar las consecuencias. Esto se traduce a tres niveles de intervención que aún se encuentran identificados en varios de los documentos consultados: la llamada *prevención primaria*, orientada a tomar medidas para que las personas

no consuman sustancias adictivas, evitando los factores de riesgo y desarrollando factores de protección; la *prevención secundaria*, que se orienta a frenar los avances una vez que se ha presentado el problema; y la *prevención terciaria*; que se centra en evitar las consecuencias negativas de la dependencia (Alonso, Salvado, Suelves, Jiménez & Martínez, 2004).

Es común encontrar, en especial en abordajes más recientes, una nueva terminología que hace referencia a los niveles de intervención, bajo la clasificación de prevención *universal, selectiva e indicada* (véase la tabla 4.2) en función del nivel de riesgo encontrado y las características específicas de la población. La prevención universal diseñará acciones pensando en una población en específico, por ejemplo, un grupo de trabajadores, donde se intenta beneficiar a todos por igual. Por su parte, una prevención selectiva se dirigirá a un subgrupo de esa población que por sus características pudieran presentar un mayor riesgo de consumo. Finalmente, la prevención indicada se dirigirá al subgrupo de personas que ya son consumidoras y se identifican con problemas de adicciones (Consejo Nacional contra las Adicciones, s.f.).

Saber identificar los tipos de prevención no es un asunto menor al momento de idear una acción preventiva en el terreno de las adicciones. Implica acotar de manera clara el propósito de la intervención y el momento en el que se llevará a cabo, aspecto que se relaciona de forma directa con la etapa o el nivel en el que se encuentra el desarrollo de la problemática de consumo. Además, requiere reconocer las poblaciones a las que van dirigidos los esfuerzos, y la amplitud de estas, así como los recursos, vinculaciones y perfiles profesionales específicos que se necesitan para el diseño y aplicación de las acciones preventivas.

Otro factor que resulta orientador al momento de trabajar en el campo de la prevención de adicciones tiene que ver con determinar cuáles son las etapas evolutivas en las cuales un individuo puede ser más vulnerable para el desarrollo de una conducta adictiva. Este elemento adquiere un carácter central al elaborar una estrategia preventiva que deberá reconocer el tipo de prevención desde la cual se va a partir, las etapas críticas para el desarrollo de una adicción, así como los factores que influyen para el inicio y mantenimiento del consumo.

ETAPAS CRÍTICAS PARA EL CONSUMO

Un aspecto relevante al hablar de la prevención es la identificación de los momentos o etapas críticas donde la persona puede tener contacto con la sustancia, iniciar su consumo y mantenerlo. En esta línea, el trabajo de Elisabeth Frazier, Alysha Thompson, Jennifer Wolff y Jeffrey Hunt (2016) señala que se ha demostrado que existen periodos críticos de transición durante la infancia, la adolescencia y la edad preadulta, donde el riesgo del consumo de sustancias adictivas es mayor. En específico se describen los siguientes momentos:

- La etapa de escuela primaria, donde se transita entre el entorno de la seguridad familiar al ambiente escolar.
- La transición del periodo escolar básico a la escuela media.
- El avance de la escuela media al bachillerato.
- La salida de la etapa del bachillerato para iniciar la universidad o independizarse de la casa familiar.

En estas etapas se distingue la progresión de uso de las sustancias que básicamente da cuenta de una relación existente entre la experimentación temprana de sustancias como el tabaco,

TABLA 4.2 COMPARATIVO DE LOS DIFERENTES ENFOQUES PREVENTIVOS

Tipo de prevención	Definición	Características
Prevención primaria	Medidas o acciones orientadas a evitar o disminuir la incidencia de una enfermedad, reduciendo el riesgo de nuevos casos, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (Botvin & Griffin, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> • Se interviene antes de que surja el consumo. • Disminuye factores de riesgo y aumenta los de protección. • Trabaja con amplios grupos poblacionales.
Prevención secundaria	Medidas o acciones destinados a disminuir la prevalencia de una enfermedad, a través de la detección temprana de los factores de riesgo, o de las etapas iniciales del trastorno, reduciendo su evolución y progreso (Sanchón, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Busca frenar el proceso del consumo y disminuirlo. • Trabaja con grupos de riesgo.
Prevención terciaria:	Medidas o acciones orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud (Alonso, Salvado, Suelves, Jiménez & Martínez, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja con grupos donde el consumo ya ha sido detectado. • Busca retrasar el avance de las enfermedades, sus complicaciones y recaídas.
Prevención universal	Es aquella que se dirige a la población general con mensajes y programas destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas. Se llevan a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y sus formas de prevención (Quintero et al., 2015).	<ul style="list-style-type: none"> • Está diseñada para alcanzar a toda la población, sin tener en cuenta las situaciones de riesgo individuales. Los destinatarios no son seleccionados. • Busca retrasar o prevenir el abuso de sustancias psicoactivas. • El énfasis está en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección y los estilos de vida saludables. • El personal suele estar formado por profesionales de otros campos.
Prevención indicada	Es la que se enfoca a personas o grupos de población expuestas a elevadas condiciones de riesgo, o a quienes ya han experimentado el consumo y no cumplen con los criterios de abuso o dependencia. Su objetivo es evitar la progresión del consumo y la posibilidad de desarrollar la adicción (Arbex, 2013).	<ul style="list-style-type: none"> • Se dirige a personas que experimentan los primeros síntomas de abuso de sustancias o que tienen otros problemas de conducta relacionados. • Están diseñados para detener la progresión del abuso de sustancias o desórdenes relacionados. • Son extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. • Requieren un personal muy especializado que tenga entrenamiento clínico.
Prevención selectiva	Es la que se orienta a grupos o sectores de la población que, por sus características sociodemográficas, familiares, económicas o circunstancias de vida, se encuentran más expuestos a los riesgos asociados al consumo de drogas y pueden ser más vulnerables. Su objetivo es desarrollar competencias que ayuden al sujeto a afrontar los riesgos, así como generar otros recursos socioambientales de protección (Seguridad Ciudadana Cedro, s.f.).	<ul style="list-style-type: none"> • Están diseñadas para retrasar o prevenir el abuso de sustancias. • Por lo general se desarrollan en periodos largos de tiempo y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales. • Requieren personal con formación específica ya que debe trabajar con jóvenes multiproblemáticos, familias y comunidades de riesgo.
Prevención primordial	Medidas o acciones orientadas a evitar la generación de patrones de vida social, económica y cultural que aumenten el riesgo de que se produzca el consumo de sustancias adictivas (Beaglehole, Bonita & Kjellström, 2003).	<ul style="list-style-type: none"> • Busca incidir en formas de vida o patrones de consumo que aumenten el riesgo en la población. • Prevención de alto grado de complejidad ya que requiere de un compromiso alto de varios actores sociales entre ellos el gobierno.

el alcohol y la marihuana, y la eventual progresión hacia la experimentación y uso regular de otras drogas como los opiáceos, los alucinógenos, las metanfetaminas, el éxtasis o la ketamina (Botvin & Griffin, 2007).

Las tasas de uso y abuso de sustancias alcanzan su punto máximo durante la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Esto se puede explicar, en parte, por los cambios en el desarrollo y las nuevas libertades que por lo general se asocian con esta etapa, como es el salir del entorno familiar y casa la paterna y el ingreso a la universidad. A partir de la entrada en la edad adulta temprana, se observa una disminución del uso y abuso de sustancias, muchas veces relacionada a la adopción de nuevos roles y responsabilidades que se vuelven fundamentales para sus vidas e identidades, como el inicio de la vida laboral, el establecimiento de relaciones sentimentales más estables o el comienzo de una familia (Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas, 2008).

Estos datos, otorgan información relevante referente a temas que han sido controversiales en el campo de las adicciones, tal como la vinculación existente entre la experimentación temprana de sustancias “blandas” o “legales” como el tabaco y el alcohol, con el posterior contacto con sustancias duras.

Por otro lado, parecen significativas las implicaciones emocionales que se viven en la etapa de la adolescencia y juventud, en especial en las transiciones que se dan en la trayectoria escolar de los individuos, donde el cambio de un nivel escolar puede generar cierta vulnerabilidad en el estudiante y por ende, propiciar el consumo de sustancias.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN?

Hoy en día, el hablar de prevención de adicciones nos direcciona a dos aspectos que se consideran medulares al momento de entender el fenómeno e intentar incidir en él; se trata de los denominados factores de riesgo y de protección. Tales factores dejan ver la complejidad ya referida de las conductas adictivas, puesto que dan cuenta de la multiplicidad de elementos que intervienen en la problemática, su interacción, así como los diferentes contextos en los cuales se sitúan.

Esta manera de leer el fenómeno de la adicción se vincula a los enfoques contemporáneos derivados de las teorías psicosociales que dan sustento a un gran número de intervenciones en el campo de la prevención, y que para algunos autores son las que mayor efectividad han mostrado al momento de buscar frenar el consumo de sustancias adictivas (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Petraitis, Flay & Miller, 1995).

Básicamente se entienden los factores de riesgo como aquellos agentes relacionados con la aparición de alguna patología orgánica en la población o en el individuo. En el caso de las drogas, se pueden definir como aquellas situaciones, características o variables que pueden facilitar o predisponer el inicio o el mantenimiento de una conducta de consumo o de abuso de sustancias (Kornblit, Camarotti & Di Leo, s.f.).

Entre los factores de riesgo con mayor mención en la literatura se encuentran los procesos genéticos y biológicos, los rasgos de personalidad, la salud mental, las carencias en la crianza o abandono, el abuso familiar, las actitudes familiares a favor del consumo, la falta de apego a la escuela y a la comunidad, la disponibilidad de drogas, el inicio temprano de consumo, el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables hacia él mismo (López & Rodríguez, 2010).

Un aspecto vinculado con fuerza a los factores de riesgo es la vulnerabilidad y exclusión social. La vulnerabilidad social se refiere a los aspectos contextuales y del entorno que pueden fungir como moduladores o detonadores de factores de riesgo subyacentes, ya sean de carácter genético, psicológico o del entorno personal del individuo.

Aspectos en el ámbito económico, como la pobreza; en el ámbito laboral, como el desempleo; en el ámbito educativo, como la baja escolarización; en el ámbito sanitario, como la falta de cobertura médica; en el ámbito familiar, como la violencia intrafamiliar; en el ámbito ambiental, como la inaccesibilidad a la vivienda; en el ámbito político, como la falta de acceso a ciertos derechos, o en el ámbito personal, como el pertenecer a cierto grupo étnico, son elementos que pueden llevar a la exclusión social y a la vulnerabilidad. En resumen, la vulnerabilidad en el sentido más amplio implica una mayor “susceptibilidad” al problema de las drogas (López & Rodríguez, 2010).

No obstante, el consumo de drogas no es sinónimo de exclusión social. Incluso se ha visto que en algunos casos el consumo puede actuar como un elemento de integración social, en especial en poblaciones jóvenes, donde el tener contacto con drogas puede llevar a la identificación con el grupo de iguales (Cepal, 2007). A pesar de esta función de integración que de manera inicial puede representar el consumo, se considera que una vez generada la dependencia, sus consecuencias físicas y psicológicas pueden derivar en la exclusión social de los consumidores.

Como respuesta a la amplitud y complejidad de los diversos factores de riesgo, se encuentran varias propuestas que intentan otorgarles una clasificación, en aras de facilitar su identificación y comprensión. Una de las más citadas es la llevada a cabo por J. David Hawkins, Richard F. Catalano y Janet Y. Miller (1992), reelaborada con posterioridad por Peggy L. Petterson, J. David Hawkins y Richard F. Catalano (1992), quienes agrupan los factores de riesgo en función de los ámbitos en los que tienen su origen —comunitario, familiar, escolar, en el grupo de iguales y personal—. Esta primera clasificación ha dado origen a propuestas más recientes basadas en modelos ecológicos y multicausales que hablan de tres grandes categorías para los factores de riesgo, las cuales se muestran a continuación (véase la tabla 4.3) (García del Castillo, García del Castillo-López, Gázquez Pertusa & Marzo Campos, 2013):

Al igual que la mayoría de las clasificaciones, estas obedecen más a aspectos de carácter didáctico y explicativo que a una descripción lineal de la realidad, ya que el fenómeno adictivo, como se ha mencionado, responde no solo a un factor en particular sino por lo general a la relación e interacción de varios de estos elementos.

Vinculados de manera estrecha a los factores de riesgo, se encuentran los factores de protección que, al igual que los primeros, tienen su origen en características propias de la persona y del entorno donde se encuentra. No obstante, los factores de protección no han sido tan ampliamente estudiados como los factores de riesgo, por lo cual se cuenta con menos información sobre estos (Laespada, Iraurgi & Arostegi, 2004).

En términos conceptuales, los factores de protección se entienden como “aquellos atributos individuales, condiciones situacionales, ambientales o de contexto que reducen la probabilidad de que ocurra un comportamiento desviado” (Clayton, 1992). En el ámbito del consumo de drogas, los factores de protección contribuyen a prevenir, reducir, atenuar o neutralizar el riesgo de que un individuo inicie o continúe su proceso adictivo. Se enfocan de manera fundamental a favorecer el pleno desarrollo de la persona, principalmente a través del fomento de estilos de vida saludables.

TABLA 4.3 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO SEGÚN EL MODELO ECOLÓGICO

Categoría	Descripción	Ejemplos
Factores macrosociales	Son variables del entorno social que tienen la capacidad de alterar la calidad de vida de los individuos.	<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social. • Desorganización comunitaria. • Situaciones de transición o movilidad. • La permisividad y la aceptación social hacia el consumo de sustancias. • La accesibilidad y disponibilidad a las sustancias. • La publicidad y los medios de comunicación. • Entornos recreativos con consumo de sustancias.
Factores microsociales	Se refiere a variables de carácter social con las que la mayoría de las personas interactúan con mayor frecuencia. Por lo tanto, abarcan factores relativos a la familia, la escuela y el grupo de iguales.	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de consumo de sustancias. • Problemas de comunicación familiares. • Actitudes favorables al consumo. • Fracaso social. • Bajo compromiso escolar. • Amigos que consumen drogas. • Conductas antisociales o delictivas tempranas.
Factores individuales	Agrupar a todas aquellas características de carácter individual que influyen en el comportamiento de un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género. • Información. • Creencias y actitudes. • Control de emociones. • Autoconcepto y autoestima. • Habilidades y competencias personales. • Asertividad y vulnerabilidad a la persuasión.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de J. A. García, A. García, M. Gázquez y J. C. Marzo (2013).

De acuerdo con los trabajos de López y Rodríguez (2010), los factores de protección de consumo de sustancias tienen que ver con la generación de oportunidades de implicación y recompensas positivas en la comunidad, en la familia, en el entorno escolar y en aspectos de desarrollo personal. Así, en el contexto individual, estrategias como el desarrollo del autocontrol, conciencia emocional o comunicación, se consideran elementos importantes de protección.

En el ámbito escolar, los hábitos de estudio, el desempeño académico, la autoeficacia y reafirmación personal, así como las habilidades para resistir las drogas, son elementos protectores. Mientras que en los espacios comunitarios, la pertenencia a organizaciones religiosas, clubes u otros organismos actúan de igual manera como aspectos que pueden contener el consumo de sustancias en el individuo (Martínez & Robles, 2001; Mirzaei, Zamani & Mousavi, 2011).

Como ya se mencionó, los factores de riesgo y protección han sido estudiados y clasificados en gran medida, en función a los contextos en los que estos son analizados. En el apartado siguiente se muestra el desglose de los factores de riesgo y protección identificados, con mayor frecuencia, en el ámbito comunitario, familiar, escolar, en el grupo de iguales y desde la perspectiva individual.

LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN DIFERENTES CONTEXTOS

Ámbito comunitario

Las determinantes de contexto socio-comunitario en el desarrollo de las conductas adictivas funge un papel fundamental en el inicio y mantenimiento del consumo. En este ámbito se encuentran elementos tangibles que inciden como factores de riesgo, tales como la privación económica y social, la cual engloba aspectos como la pobreza, el hacinamiento, la falta de oportunidades o la disparidad en términos de acceso a bienes y servicios (Egea, Pérez, Osuna, Romero & Maldonado, 2005).

Vinculado a la pobreza y privación económica, se encuentra la desorganización comunitaria, que hace referencia a las condiciones de organización y cuidado en las que se encuentra el lugar donde vive la persona —calles, acceso a jardines, lugares de ocio, convivencia comunitaria, etcétera—. Se ha visto que un elevando ambiente de desorganización comunitaria se asocia con el desarrollo de conductas antisociales, actos delictivos y un consumo temprano de sustancias; además de que las condiciones, con normalidad, vienen acompañadas de otros factores de riesgo, como la desintegración familiar o la deserción escolar (Cabanillas-Rojas, 2012; Tapia, Gómez, Hernández, Yañez & Cadena, 2016).

También se ha encontrado que una alta movilidad geográfica se asocia a conductas de consumo; en este sentido, las poblaciones de emigrantes, que viven situaciones de estrés relacionadas al cambio de cultura y la falta de redes de apoyo social, sufren un estado de mayor vulnerabilidad ante el consumo de drogas.

Otro aspecto que se ha considerado medular es la disponibilidad y el acceso a la sustancia adictiva. Se ha observado que a mayor disponibilidad del producto, mayor es el riesgo de que las personas lo consuman o abusen de él. Este punto se relaciona con las normas y las leyes que una comunidad establece en torno al consumo de ciertas sustancias, y ha sido uno de los factores de riesgo más discutidos en el contexto mundial, con diversas posturas al respecto.

Existen países que han legalizado el uso de ciertas drogas, como es el caso del cannabis, argumentando que al no prohibir el consumo se tiene un mayor control sobre este; no obstante, los resultados encontrados hasta el momento no son del todo claros. Por otro lado, experiencias con otro tipo de sustancias como el tabaco han demostrado que el aumento del costo del producto, el control de la accesibilidad y el control de la publicidad han sido medidas efectivas para desalentar el consumo (Sánchez-Huesca, Arellanez-Hernández, Pérez-Islas & Rodríguez-Kuri, 2006).

Ahora bien, un elemento menos tangible del ámbito comunitario, pero de igual manera importante tiene que ver con el significado que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y la percepción que se tiene sobre el consumo (Camarotti & Kornblit, 2015). Estudios llevados a cabo por Jerald G. Bachman, Lloyd D. Johnston, Patrick M. O'Malley y Ronald H. Humphrey (1988) y el realizado por Esteban Álvarez, Ana María Fraie y Roberto Secades (2005) mostraron que el grado de riesgo percibido influía en los niveles de consumo, es decir, que a mayor riesgo percibido, se encuentran menores niveles de consumo y viceversa.

En cuanto a los factores protectores en el entorno comunitario, se mencionan: la disminución de la accesibilidad a la sustancia, la generación de redes de apoyo dentro de la comunidad, el fortalecimiento de los vínculos familiares y el éxito escolar, así como la procuración de mejores condiciones de vida para las personas (Becoña, 2007).

Ámbito familiar

La familia tiene un rol fundamental dentro de los factores tanto de riesgo como de protección para el desarrollo de conductas disruptivas, como lo es el consumo de sustancias. Se considera que la familia es el entorno base, donde el niño aprende a reconocerse a sí mismo, a establecer relaciones afectivas, a desarrollar conductas saludables, a conocer límites y establecer modos de actuar y socializarse; tiene un papel central en la prevención de trastornos psicológicos y conductas problemáticas, en especial en las etapas de niñez y adolescencia, donde los padres o las personas de autoridad actúan como modelos de conductas apropiadas, de transmisión de valores, actitudes y creencias (Becoña, 2002; Muñoz & Graña, 2001).

Entre los aspectos con mayor mención por los autores, se pueden resaltar los siguientes factores de riesgo en el entorno familiar: la historia familiar de alcoholismo o consumo de drogas por parte de los padres, la aceptación de los padres del consumo de sustancias por parte de sus hijos, los problemas de comunicación, la desintegración familiar, los estilos de crianza, el bajo apego a la familia y la calidad de las relaciones afectivas.

Se ha encontrado que este último punto, referente a los lazos afectivos que se establecen en el núcleo familiar, representa un factor medular para el desarrollo de conductas de riesgo o de protección. De tal forma que se ha encontrado una estrecha vinculación entre relaciones familiares distantes, donde los padres muestran escaso o nulo interés en las actividades de sus hijos, con la aparición de conductas de consumo.

En esta línea, de acuerdo con trabajos realizados por Paula Villar, María Ángeles Luen-go, José Antonio Gómez y Estrella Romero (2003), se menciona que los adolescentes que consumen drogas o se involucran en conductas antisociales perciben a sus familias como distantes y poco unidas, a sus padres como menos involucrados en sus actividades y a la relación establecida con ellos como conflictiva y con un patrón de comunicación deficiente. En sintonía con estos datos, se ha identificado que las familias que sufren de conflictos o de rupturas internas, en especial en el vínculo marital, generan situaciones que aumentan la posibilidad de que los hijos desarrollen conductas disruptivas, entre las que se encuentra el consumo de drogas.

Siguiendo la información recolectada en términos de las posibles afecciones por relaciones familiares poco sanas, Hawkins et al. (1992) mencionan que cuando las prácticas familiares se caracterizan por generar expectativas de conductas poco claras con un escaso o nulo seguimiento de estas, con falta de reforzamiento de las conductas positivas y con castigos severos para la conducta no deseada, el riesgo de consumo aumenta. Este tipo de conductas por parte de los padres tiene que ver con lo que se conoce como estilos de crianza, patrones desde los que se establece la relación padres-hijos. Al respecto, la Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito (2002) distingue tres estilos de crianza:

1. Autoritario: suele ser represivo y coercitivo. Tiene su base en el castigo y la amenaza. Las normas son impuestas sin diálogo y por la fuerza, y los patrones de comunicación son unidireccionales y de forma descendiente.
2. Permisivo: las normas y los límites a la conducta no están bien definidos. Los padres suelen acceder a los deseos de sus hijos sin exigirles responsabilidades y permiten que sean estos quienes regulen sus propias actividades. Es decir, el control de los padres es muy escaso, o incluso inexistente.

3. Con autoridad: este estilo de crianza se caracteriza por ser una combinación entre el control y el apoyo. El control se establece, pero no de manera inflexible sino que es democrático y las normas que se imponen son comunicadas de un modo claro y razonado.

Se observa en la literatura que el control paterno, sea excesivo, razonable o nulo, así como la calidez del vínculo afectivo familiar, son factores esenciales para la potencialización o prevención del riesgo en el consumo (Becoña, 2007).

El nacer en una familia que cuenta con una historia de alcoholismo, aumenta el riesgo de tener problema con la ingesta del alcohol o de sustancias adictivas. Este fenómeno de riesgo también se observa cuando los padres son de hecho consumidores activos y no muestran rechazo ni por su propio consumo ni por el consumo de parte de los hijos. En efecto, algunos estudios han mostrado que las actitudes permisivas tienen prácticamente el mismo peso que el consumo de parte de los padres, por tanto, la tolerancia de los padres hacia el consumo se considera en la literatura un claro factor de riesgo.

En términos de factores de protección y de la prevención en sus diferentes ámbitos, el rol de la familia se mantiene fundamental. A nivel de prevención primaria, y en sintonía con los elementos analizados previamente, educar en conductas saludables en el entorno familiar, el establecimiento de normas claras, el evitar el consumo en el hogar, el sostener un mayor contacto y comunicación entre padres e hijos, y el que los padres tengan un mayor conocimiento acerca de las actividades que realizan sus hijos en su tiempo libre son acciones preventivas que disminuyen el riesgo a las adicciones (Eslami-Shahrbabaki & Iranpour, 2016).

En el ámbito de la prevención secundaria, si la adicción ya se encuentra presente, en la mayoría de los casos la familia es la que busca la ayuda necesaria para el tratamiento de la adicción, ya que resulta difícil que el paciente busque atención especializada por convicción. Por lo tanto, la participación de la familia resulta clave en el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano (Valle & Perales, 2010).

Grupo de iguales

Un factor que ha surgido en los últimos años con mayor fuerza, debido a su clara relación con el desarrollo de conductas de riesgo o de protección, es la influencia que tiene en la persona el grupo de pares o de iguales. Si bien, el cúmulo de datos e información sobre este factor no es tan abundante como en los factores anteriores, la mayoría de los autores consideran un hecho rotundo que una de las principales razones que los jóvenes suelen aludir al momento de explicar su inicio en el consumo de sustancias adictivas, es el papel que desempeñó su grupo de amigos o de pares. Las expectativas, los comportamientos y las actitudes de los grupos de iguales cercanos a la persona, juegan un rol sustancial en el inicio del consumo, en especial en etapas como la adolescencia y juventud temprana.

Se encuentran semejanzas entre las situaciones que se viven en el entorno familiar y en el grupo de amigos que pueden ser desencadenantes para el inicio de la conducta adictiva. Por ejemplo, el consumo de drogas por parte del grupo de amigos o compañeros, las actitudes favorables hacia el mismo o las conductas delictivas por parte del grupo de iguales surgen como variables que incitan el consumo (Herrero, 2003; Llorente, 2017). De igual forma, se ha encontrado que el rechazo por parte del grupo de iguales es un factor de riesgo que podría inducir a conductas de consumo.

Para finalizar, como factores protectores en este ámbito se pueden mencionar el procurar rodear al sujeto de un grupo de iguales que no presenten conductas de consumo y que puedan mostrar interés por estilos de vida saludable y conductas normalizadas con apego a los estándares de convivencia social. En el caso de los adolescentes, los padres pueden ser factor clave en el cuidado de las relaciones que mantienen sus hijos con el grupo de amigos, de manera que promuevan la cercanía con personas con valores afines que no presenten conductas disruptivas y que otorguen un apoyo social y emocional sano a sus hijos. Otra estrategia es que las y los jóvenes se involucren en actividades que por su naturaleza, promuevan actitudes o valores alejados a las conductas de consumo, como puede ser el deporte o actividades de carácter religioso o espiritual (Hazel & Mohatt, 2001).

ÁMBITO ESCOLAR

Como se ha mencionado en apartados anteriores, las edades tempranas son clave para el establecimiento de actitudes, creencias y valores en los individuos. Es por ello que las primeras experiencias de socialización, que se dan tanto en la familia como en los entornos escolares, constituyen momentos que marcan de manera significativa el desarrollo psicosocial de la persona. Por ende, el ámbito escolar se considera como un entorno privilegiado para la prevención del surgimiento de conductas adictivas (Gómez, Gutiérrez & Londoño, 2013; Segovia & Carvalho, 2011).

Al igual que en otros escenarios, los factores de riesgo que aparecen en el ámbito escolar son numerosos; no obstante, autores como Patricio Espinosa (2014) reconocen el bajo rendimiento académico, el fracaso escolar, el tipo y el tamaño de escuela, el acoso escolar, la aparición de conductas antisociales y la escasa relación profesor-alumno, como los factores que mayor incidencia llegan a tener en este entorno.

En una cadena de acontecimientos, aunque no de forma necesaria, se tiene que dar de esta manera, el bajo rendimiento escolar y la falta de interés por las actividades académicas y el aprendizaje pueden llevar al absentismo y de forma progresiva al fracaso escolar. Esto ha demostrado ser un factor de riesgo, ya que en muchas ocasiones el bajo rendimiento académico y el desapego a la escuela viene acompañado de la transgresión del horario escolar, lo cual puede prestarse para que el niño o la niña dedique el tiempo destinado a la escuela, a otras actividades de tipo antisocial, como el consumir alcohol, tabaco o drogas. Si finalmente se concreta el abandono escolar de manera prematura, en especial en entornos comunitarios vulnerables o familias que otorgan poca contención, el riesgo es aún mayor.

Las y los alumnos que desde su etapa escolar comienzan a mostrar comportamientos agresivos, no solo tienen como resultado problemas dentro de la escuela, asociados con regularidad con indisciplinas y un pobre desempeño escolar, sino que también este tipo de conductas agresivas pueden llegar al ámbito social y generar conductas delictivas tal como lo demuestra el estudio de Rutter y Garmezy (1983, citados en Arbex, 2013).

Cuestiones de tipo estructural, como la ubicación de la escuela, el tamaño de esta, si es privada o es pública, o si tiene contenido religioso o laico, son aspectos que también se ha visto que actúan como factores de riesgo o de protección. Por ejemplo, una escuela en un barrio marginal se puede encontrar más propensa a desarrollar problemas de consumo en sus alumnos que una ubicada en una zona donde el contexto socioeconómico es de mayor poder adquisitivo. Asimismo, si la escuela es grande y la relación entre los profesores y alumnos no es cercana, la calidad del seguimiento académico y personal disminuirá, lo cual puede

significar un factor de riesgo para los alumnos. Finalmente, algunos datos de estudios en España señalan que los alumnos de escuelas con contenido religioso son menos propensos a desarrollar conductas de consumo.

De acuerdo con lo revisado, la calidad de la escuela se considera como uno de los factores de protección de mayor impacto. Una escuela de calidad brindará al alumno los contenidos académicos adecuados, con metodologías que favorezcan el aprendizaje y el desempeño del alumno, desalentando el fracaso escolar. También procurará programas que abonen al desarrollo de habilidades de tipo personal que ayuden a las y los alumnos a tomar decisiones adecuadas en temas de salud, cuidado personal y afrontamiento de situaciones de riesgo (Quintero, Ortega & Fuentes, 2015). Una escuela de calidad cuida el perfil de su personal docente, a quien involucra no solo en la transmisión de contenidos académicos sino en el acompañamiento y en el adecuado seguimiento de los alumnos.

Factores individuales

Antes de que los modelos de salud dieran paso a la valoración de los factores de tipo ambiental tanto para la comprensión del fenómeno de las adicciones, como para el diseño de estrategias preventivas, la mayoría de las explicaciones para comprender la etiología del problema estaban centradas en las características del individuo. Estos factores siguen teniendo un peso sustantivo al momento de entender los elementos de riesgo, debido a la fuerte relación que se encuentra entre aspectos de salud mental y los trastornos psiquiátricos o conductuales, con el desarrollo de conductas de consumo (Merikangas & Avenevoli, 2000).

De acuerdo con Karol L. Kumpfer, David L. Olds, James F. Alexander, Robert A. Zucker y Lawrence E. Gary (1998), los factores de riesgo individual se pueden agrupar en tres categorías: los de tipo biológico, conductual y de personalidad.

Dentro de los aspectos biológicos, se incluyen los factores genéticos, por ejemplo, se ha encontrado que los hijos de padres alcohólicos podrían tener una predisposición genética a las adicciones. Otros aspectos biológicos para considerar son la edad, el sexo, o los llamados factores constitucionales, tales como el padecer alguna enfermedad crónica o estar sujeto a dolor.

Los factores de tipo psicológico o conductual abarcan cuestiones como el consumo temprano de drogas; problemas psicopatológicos o de salud mental, como la depresión, la ansiedad o los trastornos por déficit de atención e hiperactividad, así como las conductas antisociales, la alienación y la rebeldía, la agresividad, las actitudes favorables hacia el consumo de drogas, la ausencia de valores ético-morales y las afecciones que pueden surgir como consecuencia de haber sufrido alguna agresión sexual.

Finalmente, en los factores de personalidad se encuentran rasgos o características de los sujetos como la baja tolerancia a la frustración o el dolor, el bajo control de impulsos, la rebeldía o la búsqueda de sensaciones y la personalidad antisocial.

Intervenir en este ámbito es esencial dentro de cualquier programa enfocado a la prevención. Como factores de protección, autores como Carmen Arbex (2013) y Jorge Rodríguez, Ana María Fernández, Enrique Hernández, Macarena Valdés, Marcelo Villalón, Sergio Ramírez, América Román y Macarena Muñoz (2008) han identificado a la religiosidad o creencias de tipo moral. Los autores afirman que las creencias que se establecen en los sistemas religiosos, en su mayoría, alientan el cuidado del cuerpo y la abstinencia del consumo de sustancias que pongan en riesgo la salud; mientras que la afiliación a grupos religiosos

proporciona redes sociales de apoyo que con regularidad están alejadas de los entornos de consumo.

Investigaciones más recientes han puesto de manifiesto que la resiliencia es un elemento que juega un papel sustancial en la protección ante las sustancias. La resiliencia hace referencia a la fortaleza para afrontar las adversidades, y en ella, confluyen distintas habilidades, entre las que se encuentran la capacidad de rechazo ante el ofrecimiento de sustancias nocivas, habilidades de comunicación, de manejo de emociones, de toma de decisiones, de consecución de objetivos, de resolución de conflictos o habilidades sociales, etcétera.

En términos generales se considera que los tres rasgos de la resiliencia son: la competencia social, que consiste en comunicarse efectiva y asertivamente; tener sentido de responsabilidad, relacionarse de forma adecuada con el otro, etcétera; la autonomía, que conlleva el sentimiento de identidad propia y seguridad en uno mismo, y la implicación y participación, que hace referencia al involucramiento que pueden tener los sujetos en actividades que impliquen compromiso y responsabilidad.

Cuando se habla de resiliencia en entornos de prevención, es importante tomar en cuenta que se parte del conocimiento de que la resiliencia no es algo con lo cual se nace sino que es un atributo que se puede ir desarrollando y aprendiendo, y que por ende, puede resultar una herramienta de gran importancia en contextos de prevención.

MODELOS PREVENTIVOS

Un elemento que se considera central en varios de los documentos encontrados sobre la temática de la prevención de adicciones es la necesidad de contar con un marco conceptual vinculado a teorías y modelos explicativos con base científica que permitan un mayor entendimiento del fenómeno y de sus factores relacionados, pero sobre todo, un mejor abordaje al momento de generar acciones específicas en el campo de la intervención (Laespada et al., 2004). Se pueden encontrar varios modelos teóricos elaborados desde el campo de las ciencias sociales que han permitido conocer, estudiar e intervenir en el campo de las adicciones.

Autores como Becoña (1999), y Sonia Moncada y Ana Palmerín (2007) resaltan que un modelo ayuda a identificar los componentes necesarios en un programa de intervención, así como la relación entre estos, lo que facilita el diseño de programas preventivos que resulten pertinentes a la problemática abordada y tengan mayores posibilidades de éxito. De manera específica se identifican las siguientes ventajas de contar con modelos teóricos en el campo de la prevención:

- Permite identificar las variables que se relacionan con el consumo de sustancias adictivas y que por tanto deben ser modificadas a través del programa preventivo.
- Permite organizar la información que se tiene del fenómeno de consumo y los factores que intervienen en él, explicando los motivos de inicio y mantenimiento de la conducta adictiva.
- Permite identificar los posibles cambios que se generarán con la intervención, así como quién, cómo y cuándo se debe evaluar el programa.
- Permite evaluar la efectividad del programa a corto, mediano y largo plazo, al igual que sus efectos en la población meta.
- Ayuda a abonar al cuerpo de conocimiento sobre la temática de las adicciones, aportando evidencias de cómo es que un programa puede o no ser efectivo.

Los modelos fungen como guías que direccionan los esfuerzos preventivos. Cada uno enfatiza uno o varios aspectos que se reconocen como fundamentales para la explicación del fenómeno y dan pautas para la detección de variables que son críticas para la consecución de los objetivos que cada programa o acción preventiva se plantee. En la literatura revisada para el presente documento, se hace especial énfasis en los modelos provenientes del campo psicosocial para el desarrollo de programas preventivos (Laespada et al., 2004). La tabla 4.4 muestra los modelos más utilizados en el terreno de las adicciones.

Para una descripción exhaustiva de los modelos teóricos que sustentan las acciones para la prevención de adicciones, se pueden consultar los escritos de Elisardo Becoña (2002), quien hace una elaboración profunda del tema.

Los modelos mostrados en la tabla 4.4 dan cuenta de la evolución de diversos enfoques teóricos en el terreno de las ciencias sociales y del comportamiento. Como se aprecia en este breve recorrido, cada modelo hace un énfasis particular en los factores que considera medulares para analizar o explicar determinado fenómeno. Esto facilita la delimitación de las variables con las cuales se va a trabajar, así como el tipo de estrategias y acciones que se pueden implementar. No obstante, es importante darse cuenta de que un modelo no agota el fenómeno ni su explicación.

Lo que queda claro en la prevención de adicciones es que los postulados teóricos que toman en cuenta tanto las características del individuo, como aquellos factores socioculturales que influyen en la conducta adictiva, son los que otorgan una perspectiva más completa de la problemática y dan la pauta para el diseño y la implementación de estrategias específicas que permiten anticipar factores relacionados con el consumo tanto en el contexto individual como en el comunitario.

ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS PREVENTIVOS

Como se ha señalado en el apartado precedente, una de las finalidades y propósitos de generar modelos teóricos que ayuden a explicar un fenómeno consiste no solo en facilitar el entendimiento y conocimiento de este sino en orientar la generación de acciones específicas encaminadas a resolver cierta problemática. La prevención y, en específico, la prevención de adicciones no es un ámbito que se pueda quedar en la mera especulación teórica sino que es una llamada constante a la acción ordenada y planificada. Es por ello que mucho del material encontrado para la elaboración del presente documento, tanto de carácter divulgativo como científico, pone especial atención al tema de la elaboración de estrategias y programas preventivos (Centros de Integración Juvenil, 2018; Center for Substance Abuse Prevention, 2015; Diputación de Barcelona, 2012).

Las estrategias son definidas como “las características que orientan una actuación política o técnica de amplio alcance para conseguir cambios sociales y / o sanitarios significativos” (Alonso et al., 2004). En el campo de la prevención, de acuerdo con Torjman (1986, citado en Alonso et al., 2004), se identifican cuatro tipos de estrategias preventivas: de influencia, educativas, de protección y control, y de modificación medioambiental.

El objetivo de la estrategia de influencia es modificar las creencias, las actitudes y los comportamientos que un individuo tiene con relación al consumo de drogas. Implica el desarrollo de campañas publicitarias, medidas de carácter informativo, etiquetar productos con los riesgos del consumo, etcétera. Hoy en día, se sabe que estas estrategias por sí mismas no son eficaces y que requieren ir acompañadas de otros esfuerzos para alcanzar resultados

TABLA 4.4 MODELOS TEÓRICOS ASOCIADOS A LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES

	Postulados básicos	Implicaciones para la prevención de adicciones
Modelo sociocognitivo		
Teoría del aprendizaje social de Bandura	Explica el comportamiento humano como resultado de factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos y el ambiente en el que vive y se desarrolla la persona.	Se centra en el trabajo en el nivel de los valores, los conocimientos y las habilidades para la vida. En específico, algunas de las temáticas que se abordan desde estas perspectivas van en torno a: <ul style="list-style-type: none"> • El entrenamiento en habilidades sociales. • La intervención en el entorno inmediato de las personas (familia, escuela, grupo de iguales y comunidad). • La educación en valores de respeto. • El conocimiento sobre los riesgos asociados al uso de drogas.
Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor	Las conductas problema como el consumo de drogas se pueden explicar con base en sistemas centrales: la personalidad, el medio ambiente y la conducta, cuya interacción genera una predisposición a la conducta problema.	Los principales aspectos trabajados desde el modelo en el campo de las adicciones son: <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima. • Tolerancia hacia la desviación. • Clima familiar. • Apoyo de redes sociales y familiares. • Variables relacionadas con el autocontrol, la demora de la gratificación, la impulsividad, etcétera. • Tolerancia al consumo en contextos psicosociales próximos.
Teoría de la acción razonada	Plantea que las conductas son resultado de la interacción entre la creencia sobre la consecuencia de la conducta, la percepción personal sobre la presión social y el sentimiento de control sobre la propia conducta.	Su aplicación en el campo de las adicciones supone trabajar en: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos (nivel de información) sobre las sustancias y las consecuencias de su uso y abuso. • Normas reguladoras de los consumos. • Actitudes personales hacia las sustancias y su consumo (aceptación o rechazo). • Actitudes dominantes en el grupo de iguales hacia el consumo de drogas. • Consecuencias positivas y negativas atribuidas al consumo. • Expectativas de consumo (propias o de otras personas relevantes). • Conductas de consumo de drogas. • Percepción del control sobre la conducta.
Modelo del desarrollo social de Richard Catalano y David Hawkins	Se propone que tanto la conducta prosocial como la conducta problema se originan a partir de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización.	Su aplicación en la prevención de adicciones supone: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades y recursos personales para potenciar la interacción con el medio social. • Desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales. • Habilidades de relación e interacción con personas con adicciones. • Habilidades de afrontamiento. • Relaciones positivas con los padres.
Teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores	Considera que los rasgos personales (características físicas, emocionales y sociales de los individuos) ejercen una influencia indirecta en la socialización primaria, actuando como factores de riesgo y protección respecto a la conducta de consumo. Asimismo, se tienen otras fuentes de socialización secundaria que también tienen influencia como es la comunidad, la iglesia o la familia extensa.	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja sobre los factores de socialización primaria como es la familia, la escuela o el grupo de iguales. • Rasgos de personalidad. • Actitudes sobre el consumo de droga tanto personal como en el entorno cercano. • Relaciones con pares o personas cercanas que presenten la conducta de consumo. • Clima familiar y relaciones parentales. • Normas y valores.

TABLA 4.4 CONTINUACIÓN

Modelo ecosistémico	
<p>Plantea que los individuos están rodeados de varios espacios en los cuales se relaciona en mayor y menor medida. Tales espacios interactúan de manera sistémica, por lo que al incidir sobre uno se afecta al resto. Las diferentes dimensiones o niveles de relación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microsistema: es el nivel más cercano al sujeto, sus contextos cotidianos, donde el sujeto interactúa cara a cara con facilidad (familia, escuela, trabajo, amigos, etcétera). • Mesosistema: comprende las interacciones de dos o más entornos en los que la persona participa de forma activa (familia, trabajo y vida social), es por tanto un sistema de microsistemas. • Exosistema: se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona como sujeto activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan al entorno (ejemplo: lugar de trabajo de los padres, grupos de amigos de la pareja, etcétera). • Macrosistema: se refiere a los factores ligados a las características de la cultura y la subcultura donde se desenvuelve un individuo y todos los individuos de su sociedad, dentro de un momento sociohistórico particular. 	<p>Orienta sus intervenciones hacia la interacción del individuo con su ambiente, tomando en cuenta los diferentes niveles en los que se desenvuelve.</p> <p>Permite trabajar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar las características personales que permitan una adaptación o modificación del entorno. • Potenciar los factores protectores y minimizar los factores de riesgo, tomando en cuenta cada uno de los niveles del modelo.
Modelo transteorético del cambio	
<p>Considera que los comportamientos relacionados tanto con la salud como con conductas desviadas a la salud son un proceso cíclico en el cual la persona pasa de una fase donde existe aceptación de la conducta que se quiere modificar, a una fase de disonancia, con lo que poco a poco se genera un cambio conductual.</p>	<p>Trabaja sobre los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de información sobre las sustancias y sus consecuencias. • Normas reguladoras del consumo. • Creencias normativas sobre el consumo. • Actitudes de aceptación o rechazo hacia el consumo. • Actitudes de aceptación o rechazo de los grupos cercanos. • Atribuciones positivas o negativas relacionadas con el consumo. • Expectativas de consumo. • Percepción del control sobre la conducta.

TABLA 4.4 CONTINUACIÓN

Modelo de reducción de daños y reducción de riesgos asociados al consumo	
<p>Considera que algunas personas, por diversas razones, deciden consumir sustancias asumiendo el riesgo y sus consecuencias. El enfoque por tanto no está en la abstinencia sino en la minimización de los problemas relacionadas con el consumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseña intervenciones preventivas donde se encuentran las personas consumidoras. • Prioriza el bienestar de las personas consumidoras. • Proporciona información objetiva sobre el consumo de drogas y sus consecuencias. • Desarrolla programas educativos para el fortalecimiento de habilidades personales, cambio de actitudes y toma de decisiones. • Proporciona servicios adaptados a las necesidades y estilos de vida de las personas consumidoras.

positivos. Consecuentemente, se utilizan más en la lógica de acompañamiento y fortalecimiento de otras estrategias.

Las estrategias educativas se relacionan con el desarrollo de competencias o habilidades para la vida, como la interacción social, las habilidades de toma de decisiones, de resiliencia, de resistencia y solución de problemas; o desde un ámbito más general, como el desarrollo del espíritu crítico o la capacidad de análisis.

Las estrategias de protección y control, por su parte, son medidas de carácter normativo que pretenden controlar la oferta y las oportunidades de consumo. Esto conlleva acciones tales como el incremento de precios, por lo general vía impuestos; la prohibición de venta o consumo a determinadas edades, la regulación de la venta o consumo en lugares u horarios específicos, la prohibición de la publicidad o el patrocinio, etcétera. Estas medidas se han llevado a cabo principalmente en el caso de sustancias como el alcohol o el tabaco.

Las estrategias preventivas encaminadas a la modificación medioambiental están destinadas a cambiar las condiciones del entorno familiar, escolar o social que pueden promover el consumo de drogas, y a fortalecer las condiciones que aumenten los factores de protección y que disminuyan las probabilidades del consumo. Entre las iniciativas de carácter medio ambiental se encuentran los programas de uso del tiempo libre.

Otra clasificación de estrategias preventivas está en función al contexto en donde se llevan a cabo. La tabla 4.5 muestra algunas de las estrategias utilizadas en el ámbito individual, familiar, de iguales, escolar y laboral.

Las estrategias guiarán la elaboración de esfuerzos planificados, acotados y específicos, normalmente plasmados a través de los denominados programas preventivos. Conforme a Alonso et al. (2004), los programas preventivos son un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de distintas drogas. Puede ser global para toda la comunidad, o específico, para un subgrupo de personas. Los programas de prevención, por lo general son diseñados para aplicarse en un entorno determinado, tomando en cuenta el público al que se quiere llegar, conforme al nivel de prevención en el que se quiere incidir.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2011) ha establecido principios basados en evidencia científica para guiar a los profesionales en el diseño e implementación de programas de prevención de adicciones. Estos principios, dirigidos a padres, educadores y líderes comunitarios, se enfocan en:

TABLA 4.5 ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO

Ámbito de influencia o actuación	Estrategias preventivas utilizadas
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acceso a programas de prevención. • Combinar la difusión de información y las campañas de comunicación con otras intervenciones. • Indicar las consecuencias del consumo. • Proporcionar alternativas positivas al consumo, como actividades de tipo cultural o deportiva. • Trabajar en el fortalecimiento de habilidades sociales y personales (resolución de problemas, capacidad de defender creencias y valores, habilidades de rechazo, autocontrol, aceptación de reglas y valores comunitarios, etcétera). • Dar alternativas de remisión y tratamiento cuando se identifican casos avanzados de consumo. (Pérez, 2012; Rodríguez, Díaz, García, Guerrero & Gómez-Maqueo, 2011; Stanton, 2012; Wade-Mdivanian, Anderson, Newman & Ruderman, 2016).
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer el problema del consumo de droga a los padres. • Desarrollar programas que incluyan a toda la familia. • Motivar el interés de los padres de familia por aprender estrategias preventivas más adecuadas de acuerdo con la edad de sus hijos. • Fortalecer las habilidades de crianza. • Fortalecer la unidad familiar, la calidez y el apego entre padres e hijos. • Promover la supervisión parental. <p>Incrementar las actitudes de rechazo al consumo en los padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenar a los padres para que puedan mantener contacto y comunicación positiva con sus hijos. • Entrenar a los padres para que sepan establecer límites y disciplina de modo positivo y consistente. • Involucrar a los padres en programas complementarios a nivel escolar o comunitario. (Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas, 2004; Spoth, 1998).
Iguales o pares	<ul style="list-style-type: none"> • Generar programa de educación de pares a fin de que tengan elementos para actuar en los diferentes contextos de prevención. • Generar espacios con actividades alternativas al consumo, donde se facilite la interacción entre pares en un ambiente ajeno al uso de drogas. <p>Invitar a los iguales para que actúen como interlocutores y mediadores en la transmisión de normas o recomendaciones para consumo de drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implicar a los jóvenes en el desarrollo de programas preventivos y alternativos al consumo de sustancias. • Hacer partícipes a los pares en la transmisión de mensajes y vivencias propias que puedan implicar experiencias negativas de consumo y mensajes de prevención. (Akkus, Eker, Karaca, Kapisiz & Acikgöz, 2016; Center for Substance Abuse Prevention, 2015; Suárez & Cabacés, 2013).
Escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que exista un compromiso para la prevención del abuso de sustancias en la política de la escuela. • Clarificar el marco estructural de la escuela con sus diferentes actores, donde las reglas y los ámbitos de actuación queden definidos con claridad (alumnos, maestros, personal directivo, padres de familia). • Promover en las escuelas los estilos participativos a fin de generar una mayor implicación de los estudiantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje. • Formar y capacitar docentes y personal del centro escolar para la implementación del programa. • Implicar a los padres en las aproximaciones basadas en la escuela. • Diseñar programas que vayan más allá de las campañas informativas. • Implementar programas que abarquen el desarrollo de las habilidades básicas establecidas por la OMS para la promoción de la salud física y mental (toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento creativo, pensamiento crítico, comunicación efectiva, establecimiento de relaciones interpersonales positivas, conocimiento de sí mismo, empatía, manejo de emociones y manejo de conflictos). • Promoción de actitudes y conductas saludables en la escuela. • Enseñar alternativas sanas del uso del ocio y el tiempo libre. • Fortalecer las habilidades de rechazo. • Habilidades para conducirse en situaciones donde se ofrecen drogas. • Elaboración de material didáctico y educativo acorde al desarrollo de los niños y jóvenes. (Fuentes, Flores, Herrera, Carrillo, Alfaro & Godoy, 2015; Gázquez, García, A. & Espada, 2009; Gobierno Federal, 2010; Gómez, Luengo & Romero, 2002; Salvador, 2000; Yang & Kim, 2018).

TABLA 4.5 CONTINUACIÓN

Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una política laboral en torno al consumo. Otorgar información en los diferentes ámbitos de la fuerza de trabajo sobre el consumo y sus consecuencias. • Implementar procedimientos de detección temprana de consumo. • Capacitar a personal clave y supervisores sobre la detección temprana del uso de sustancias. • Desarrollar programas principalmente a nivel primario y secundario. • Fortalecer el clima laboral positivo. • Trabajar en el ámbito de las actitudes, los valores y las creencias con relación al consumo. • Regular la oferta dentro del lugar de trabajo. • Dar alternativas de atención de derivación para la atención terciaria y la rehabilitación. • Hacer programas que puedan ser extensivos a las familias de los trabajadores. (stps, 2017; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017).
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Transitar del enfoque asistencialista a un enfoque de participación ciudadana. • Propiciar mecanismos de articulación con otras instancias como las escuelas, entornos laborales, instituciones de salud, asociaciones civiles o religiosas. • Generar programas para poblaciones vulnerables. • Elaboración de diagnósticos cualitativos y cuantitativos donde participen miembro de la comunidad. • Generación de medidas de control (generación de leyes que regulen venta y consumo). • Implementar políticas y medidas de control y regulación en torno a la disposición y consumo de sustancias. • Realizar acciones que fortalezcan la cohesión comunitaria. • Identificación y fortalecimiento de líderes comunitarios. • Promoción de espacios de organización vecinal. • Facilitación de recursos para la generación de espacios alternativos de ocio. • Generación de programas con padres de familia.

Fuente: tabla elaborada con base en Elisardo Becoña (2007) y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2014).

- Los programas de prevención deben aumentar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
- Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto (drogas legales, ilegales, uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente) o de medicamentos, sea con o sin prescripción médica.
- Los programas de prevención deben estar dirigidos al tipo de problema de abuso de droga en la comunidad local.
- Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de la población, según las características de esa población, como la edad, el sexo, y la cultura, para aumentar la eficacia del programa.
- Los programas de prevención se pueden diseñar para realizar una intervención tan temprana como en la infancia o con madres embarazadas, hasta intervenciones con poblaciones adultas.
- Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en periodos críticos de transición, tales como el ingreso a la secundaria o a la universidad, pueden producir efectos beneficiosos aún entre individuos con alto riesgo debido a situaciones familiares o contextuales.
- Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que un solo programa individual.
- Los programas, independientemente del entorno en el que se apliquen y adapten, deben de mantener siempre los elementos básicos de la intervención como lo son: la estructura (como está organizado y compuesto el programa), el contenido (la información, las ha-

bilidades y las estrategias del programa) y la introducción (como se adapta, implementa y evalúa el programa).

- Los programas de prevención deben ser implementados a largo plazo y con intervenciones repetidas, para fortalecer las metas originales de prevención.
- Los programas preventivos requieren personal capacitado para su implementación, independientemente del escenario de aplicación.
- Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad, o juegos de rol, lo cual permite una participación activa y el desarrollo de habilidades en los participantes.
- Los estudios han demostrado que los programas de prevención son menos costosos que los tratamientos de rehabilitación por abuso de drogas.

A partir de estos y otros principios generales, las acciones que se integran a un programa de prevención son variadas. Se pueden encontrar en la literatura revisada diferentes maneras de clasificar e identificar los esfuerzos empleados en los programas preventivos, las cuales suelen responder al tipo de población a la que van dirigidas, la edad de los participantes, al modelo teórico que las sustenta, el nivel sobre el que se quiere intervenir (primaria, secundaria, terciaria, universal, indicada, selectiva, etcétera), o el contexto.

¿SON EFECTIVOS LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS?

Uno de los grandes retos que se tiene cuando se ponen en marcha programas preventivos, es saber los alcances de estos, y si los objetivos que se persiguen están siendo logrados (Luengo, Romero & Gómez-Fraguela, 2000). No son pocos los documentos que ponen sobre la mesa este planteamiento y hacen algunas aproximaciones a la problemática de la evaluación y medición de impacto de los programas preventivos, intentando responder a la gran pregunta de: ¿son los programas preventivos realmente eficaces para evitar o reducir las conductas adictivas?

La información recabada deja entrever que existe un cuerpo de conocimiento que ha avanzado con relación al reconocimiento e identificación de aquellos factores y elementos que son fundamentales para el éxito de un programa de prevención. No obstante, es frecuente el señalamiento de la falta de datos suficientes para conocer el impacto en materia preventiva.

De los elementos que se han encontrado como claves para lograr un programa exitoso existen diferentes matices. Los enfoques de carácter más ecológico y comunitario ponen el énfasis en la importancia de realizar acciones que faciliten la adopción del programa en el grupo en el cual se quiere incidir, a fin de procurar su éxito. Se menciona la necesidad de generar alianzas y buscar colaboradores que muestren compromiso con el programa y que tengan arraigo en el grupo poblacional con el que se quiere trabajar. De igual forma, se habla de empoderar a los líderes que llevarán a cabo la intervención a fin de desarrollar en ellos las competencias necesarias para implementar el programa con el mayor éxito posible.

La parte estructural y logística representa también un elemento para tener en cuenta si se buscan intervenciones eficaces. Proporcionar un espacio en condiciones adecuadas para efectuar las actividades, con los materiales y la seguridad necesarias, es fundamental para disminuir las posibles barreras existentes (De Vincenzi & Bareilles, 2011; Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2012; Londoño & Vinaccia, 2005). Así pues, se deberá contemplar

la gestión de lineamientos y medidas que arrojen las iniciativas a una escala de políticas o normativas ya sea en el contexto comunitario, escolar o laboral.

Con base en estas recomendaciones, podemos visualizar que los enfoques ecológicos y comunitarios establecen como punto fundamental construir intervenciones en conjunto con la comunidad o población con la que se quiere trabajar, generando alianzas estratégicas que permitan una buena planeación y organización del programa, así como el fortalecimiento de redes de apoyo que posibilite una adecuada apropiación de las iniciativas preventivas entre los miembros de la comunidad (Cáceres, Salazar & Tovar, 2006; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017).

Desde una perspectiva educativa, se habla que los programas que se encuentran basados solo en la transmisión de información relacionada con los tipos de drogas y los riesgos que implica el consumo no son tan efectivos como aquellas iniciativas que ponen el foco en el desarrollo de habilidades para la vida, que potencien la autoestima, los valores y el sentido crítico de los participantes (Moral, Siervent, Ovejero & Rodríguez, 2004).

De igual manera, más allá de los contenidos específicos de los programas, otro factor que se ha encontrado determinante para el éxito de estos tiene que ver con el *cómo* es que son impartidos; de este modo, los métodos interactivos y participativos han mostrado generar un mayor impacto que los métodos donde no se propicia el diálogo, la convivencia y la participación.

Para finalizar, postulados más académicos resaltan la necesidad de fundamentar los programas en evidencias científicas sólidas y con bases metodológicas claras que permitan obtener datos relevantes que guíen el proceso de diseño, implementación y evaluación de los programas. También se señala la relevancia de contar y ceñirse a marcos teóricos que faciliten el abordaje y el entendimiento del fenómeno, así como indicadores precisos que den cuenta de los avances en los diferentes niveles de intervención (Gázquez, García, A. & Espada, 2009; United Nation Office on Drugs and Crime, 2015).

CONCLUSIONES

A través de la búsqueda documental, hemos podido reconocer que la prevención en el campo de las adicciones, en particular de las conductas adictivas relacionadas al consumo de drogas, es un tema abordado de manera recurrente. La cantidad de material encontrado en los motores de búsqueda da cuenta de ello. Asimismo, los hallazgos muestran una producción extensa de documentos tanto de carácter académico como divulgación en lengua castellana, principalmente elaborados en España. Número significativamente más alto que las publicaciones encontradas en México, u otros países de Sudamérica y el Caribe, lo cual deja de manifiesto un área de oportunidad importante en este terreno.

Llama la atención que la prevención de adicciones forma parte de las estrategias que varios gobiernos tanto en el contexto nacional, estatal o municipal establecen para paliar la problemática del consumo de sustancias adictivas y sus consecuencias en términos de salud pública. El tema ha logrado posicionarse en el lenguaje e imaginario de actores sociales del ámbito público, científico y privado, quienes ven en la prevención un elemento clave para enfrentar el claro aumento del consumo de sustancias que se ha producido en los últimos años, hecho que no solo pone de relieve su alza sino que además deja ver la alarmante extensión del fenómeno en poblaciones que antes no eran tan susceptibles al consumo como son las mujeres o los niños.

Las temáticas encontradas con mayor frecuencia constituyen el eje central del presente documento. Así, los niveles de prevención, los factores de riesgo y protección, los modelos de prevención, las estrategias preventivas, al igual que los elementos claves para la formulación de programas orientados a la prevención representan los contenidos más mencionados en los documentos consultados.

A partir de los contenidos analizados, podemos concluir que una perspectiva preventiva ha de situar el fenómeno de las adicciones como algo complejo y multicausal. En este contexto, la prevención se convierte en un llamado para generar un diálogo que permita trascender la mirada tradicional de entender el problema solo desde una mirada de la enfermedad o las enfermedades que produce, de la persona que la padece y que es llamada adicto, o de las sustancias que se consumen. Prevenir implica poner sobre la mesa una visión donde se conozcan, analicen y comprendan todos aquellos factores individuales, sociales y estructurales que intervienen para el desarrollo de tal problemática y que a la vez puedan impedir su aparición o desarrollo.

La prevención conlleva el posicionarnos en el terreno de la anticipación, significa poner atención en aquellos aspectos que representan riesgos potenciales para la salud y la desintegración social, en cualquiera de las dimensiones del individuo (bio-psico-sociocultural), y generar acciones para que los riesgos se minimicen.

Tal como lo señalan Constanza Londoño y Stefano Vinaccia (2005), los programas preventivos deben ir más allá del enfoque centrado en variables intraindividuales e interpersonales, para considerar los aspectos del entorno y la importancia de las modificaciones ambientales que intervienen y facilitan los cambios comportamentales. Esto requiere tener en cuenta las normas de la comunidad, sus prácticas, sus creencias y los procesos de comunicación que forman parte y caracterizan al colectivo en el que se busca incidir.

La prevención, junto con la promoción y la educación para la salud, llaman a trabajar desde una perspectiva centrada en la construcción de individuos, grupos sociales y comunidades, con los suficientes recursos y capacidades para crear y gestionar entornos saludables. No se puede hablar de prevención de forma aislada ni unidireccional sino que la prevención es una acción que demanda una construcción participativa donde se piensa, se edifica y se acciona de manera colaborativa, no solo en términos de dependencias e instancias que forman parte de las iniciativas sino también desde el perfil multidisciplinar e interdisciplinar de las personas que intervienen en su elaboración y ejecución, sin dejar de lado el aspecto más relevante del esfuerzo preventivo que es protagonizado por los receptores y usuarios del programa.

Resaltando las palabras de Oriol Romaní (2008), la prevención representa “crear diferentes vías de interlocución entre las instituciones y los saberes de las poblaciones con las que se trabaja”. No es redundante señalar que algo esencial en los esfuerzos preventivos se encuentra en generar un trabajo reflexivo en las personas, tomándolas en cuenta como agentes activos y promoviendo su participación.

Bajo estas premisas, queda claro que la prevención va más allá de esfuerzos encaminados a la transmisión de información relativa a los tipos de sustancias, sus riesgos potenciales o las consecuencias de una vida adicta. Tampoco se reduce a acciones reflexivas o actividades esporádicas y aisladas de ciertos profesionales en determinados contextos sino que es una acción colectiva, interconectada y de amplio espectro.

Asimismo, los programas preventivos deben ser suficientes en términos de los tiempos establecidos para que se lleven a cabo, la intensidad de estos, la calidad y alcance de sus estrategias y la especificidad de las necesidades presentadas por la población en la que se piensa intervenir.

Otro aspecto para resaltar es que la prevención de adicciones debe de iniciar desde la infancia, y no esperar a los momentos críticos como es la adolescencia temprana, para comenzar a actuar y pensar en estrategias de actuación. En este sentido, el trabajo con padres de familia, personal docente o directivo de centros educativos es esencial para ir generando entornos que formen en habilidades personales y para la vida que aumenten el autoconcepto, la autoestima y la capacidad de toma de decisiones ante situaciones que atenten contra el bienestar de los individuos. Los programas preventivos tienen entre sus metas centrales, brindar la posibilidad de construir relaciones positivas entre sus diferentes actores e interlocutores.

Por último, el campo de la prevención presenta aún retos importantes. No son pocos los autores que mencionan la necesidad de seguir trabajando en la generación de medidas preventivas, en los diferentes ámbitos de actuación —individual, grupal, social, comunitario, etcétera—, que se encuentren debidamente fundamentadas en evidencia científica, con marcos teóricos y metodológicos sólidos que permitan no solo encausar un adecuado diagnóstico que oriente el diseño del programa preventivo con las estrategias y acciones indicadas sino que también posibilite la evaluación y valoración de los mismos. Asimismo, la interlocución e interconexión de esfuerzos representa un factor clave en la gran tarea de lograr soluciones integrales que ayuden a dar respuesta a la compleja y creciente problemática del consumo de drogas.

REFERENCIAS

- Akkus, D., Eker, F., Karaca, A., Kapisiz, O. & Acikgöz, F. (2016). Is peer education program an effective model in prevention of substance addiction in high school teens? *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(1), 34-44.
- Alonso, C., Salvado, T., Suelves, J. M., Jiménez, R. & Martínez, I. (2004). *Prevención de la A la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. <https://bit.ly/3p4SfKl>
- Álvarez, A. A., Alonso, M. M., Benavides, R. A., López, K. S., Guzmán, F. R. & Alonso, B. A. (2010, noviembre-febrero). La prevención de adicciones desde el análisis evolucionario de Rogers. *Ciencia Ergo Sum*, 17(3), 253-257.
- Álvarez, E., Fraie, A. M. & Secades, R. (2005). *Percepción de riesgo de consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del principado de Asturias*. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. <https://bit.ly/2R5r4To>
- Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P. M. & Humphrey, R. H. (1998, marzo). Explaining the recent decline in marijuana use: differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.29, 92-112.
- Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellström, T. (2003). *Epidemiología básica*. Organización Panamericana de la Salud. <https://bit.ly/3fUyYHn>
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior.

- Becoña, E. (2007, enero-abril). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Botvin, G. & Griffin, K. (2007, diciembre). School-based programs to prevent alcohol, tobacco and other drugs use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607-615.
- Cabanillas-Rojas, W. (2012, marzo). Factores de riesgo/protección y los programas preventivos en drogodependencias en el Perú. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud*. 29(1), 104-111.
- Cáceres, D., Salazar, I. & Tovar, J. (2006, octubre-diciembre). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Camarotti, A. C. & Kornblit, A. L. (2015, abril-junio). Abordaje comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211-221.
- Castel, R. & Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía en: Individuos bajo influencia. Nueva Visión; Bs. As.
- Catalano, R. F. & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: a theory of antisocial behavior. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: current theories* (pp. 149-197). Cambridge University Press.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2015). *Prevention strategies*. <https://bit.ly/3fBsCOg>
- Centros de Integración Juvenil. (2018). *Guía técnica del programa preventivo "Para vivir sin adicciones"*. <http://www.voluntarios.cij.gob.mx/contenidoVoluntarios/capacitacion/materiales/GuiaTecnicaProgramaPreventivo2023.pdf>
- Centros de Integración Juvenil. (s.f.). *Prevención del consumo de drogas en CIJ. Para vivir sin adicciones*. <https://bit.ly/3c17rD1>
- Cepal. (2007). *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Cepal; Agencia Española de Cooperación Internacional; Secretaría General Iberoamericana.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). American Psychological Association.
- Consejo Nacional contra las Adicciones. (s.f.). *Modelos preventivos* (Serie Planeación). <https://bit.ly/3gcVr2H>
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas República de Ecuador (2012). *Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013*. <https://www.yumpu.com/es/document/view/14701331/plan-nacional-de-prevencion-integral-de-drogas-2012-2013-cicad>
- Cruz, F. M. (2013). *Uso de las nuevas tecnologías en los programas de prevención. Adaptación del programa "Entre todos"*. Universidad Internacional de Andalucía. <https://bit.ly/3yPKlZE>
- De Vincenzi, A. & Bareilles, G. (2011, septiembre-diciembre). Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. *Educación y Educadores*, 14(3), 577-599.
- Diputación de Barcelona. (2012). *Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaParaElaboracion_deunPlan_LocaldePrevencion.pdf

- Egea, C., Pérez, M. D., Osuna, Z. E., Romero, M. F. & Maldonado, A. L. (2005). Perfil de los usuarios de una unidad móvil de drogodependencias en el sureste de España. *Adicciones*, 17(4), 307-314. <https://bit.ly/2TwCFLS>
- Elliott, D. S., Wilson, W. J., Huizinga, D., Sampson, R. J., Elliott, A. & Rankin, B. (1996). The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 33(4), 389-426.
- Eslami-Shahrbabaki, M. & Iranpour, M. (2016, octubre). Parenting skills and prevention of addiction. *Addict Health*, 8(4), 270-271.
- Espada, J. P., Rosa, A. I. & Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*, 3(2), 61-81.
- Espinosa, P. (2014). La prevención del consumo de drogas en el sistema educativo chileno. SENDA y la Escuela. *Revista del Magister en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad*, No.30, 87-107.
- Frazier, E., Thompson, A., Wolff, J. & Hunt, J. (2016, mayo). Implementing evidence-based psychotherapy in an adolescent inpatient setting. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, CABL*, 32(5), 1-6. <https://bit.ly/3i6fqSU>
- Fuentes, M. C., Flores, S., Herrera, A., Carrillo, V. M., Alfaro, L. L. & Godoy, J. (2015). Impacto de la capacitación para la prevención de adicciones en el ITCJ. *CULCYT*, 55(2), 14-21.
- García, J. A., García, A., Gázquez, M. & Marzo, J. C. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de adicciones. *Salud y droga*, 13(2), 89-97.
- García, J. A., López-Sánchez, C., García, A. & Dias, P. (2014, enero-junio). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions*, 14(1), 5-14.
- Gázquez, M., García, J. A., & Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 9(2), 185-208.
- Gobierno Federal. (2010). *Programa Nacional Escuela Segura*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/orientaciones-para-la-prevencion-de-adicciones-en-escuelas-de-educacion-basica-guia-de-capacitacion-para-profesores-de-secundaria>
- Gómez, D., Gutiérrez, M. & Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psicología, Avances de la disciplina*, 7(1), 45-51. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a05.pdf>
- Gómez, J. A., Luengo, A. & Romero, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela; cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14(4), 685-692.
- González-Lamazares, M. & De la Cruz, B. (2012, enero-junio). La prevención de drogas en la formación de profesores. *VARONA*, No.54, 35-39.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992, julio). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, No.112, 64-105.
- Hazel, K. L. & Mohatt, G. V. (2001). Cultural and spiritual coping in sobriety: informing substance abuse prevention for Alaska native communities. *Journal of Community Psychology*, 29(5), 541-562.
- Hernández, O., Espada, J. P., Piqueras, J. A., Orgilés, M. & García, J. M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas. Salud: Evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles. *Salud y droga*, 13(2), 135-144.
- Herrero, M. N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. *Estudios de Juventud*, No.62, 81-91.

- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2012). *PIUM: Un programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid*. Madrid Salud. <https://bit.ly/3c8c5zb>
- Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de comunidad*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. <https://bit.ly/3gozLzY>
- Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas. (2008). *La ciencia de la adicción*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. <https://bit.ly/3p7pZ9K>
- Klimenko, O., Plaza, D. A., Bello, C., García, J. J. & Sánchez, N. C. (2018). Estrategias preventivas en relación a las conductas adictivas en adolescentes. *Psicoespacios*, 12(20), 144-172.
- Kornblit, A. L., Camarotti, A. C. & Di Leo, P. F. (s.f.). *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas*. UNICEF. <https://bit.ly/3c5jE9U>
- Kumpfer, K. L., Olds, D. L., Alexander, J. F., Zucker, R. A. & Lawrence, E. G. (1998). Family etiology of youth problems. En R. S. Ashery, E. Robertson & K. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions* (pp. 42-77). National Institute on Drug Abuse.
- Laespada, T., Iraurgi, I. & Arostegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias. https://bit.ly/factoresderiesgo_
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Department of National Health and Welfare.
- Llorente, L. (2017). *El grupo de iguales y su relación con el consumo de drogas en los internos jóvenes en centros penitenciarios*. Congreso Internacional de Pedagogía Social. <https://bit.ly/3yTRvwi>
- Londoño, C. & Vinaccia, S. (2005, julio-diciembre). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(2), 241-249.
- López, S. & Rodríguez, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Luengo, A., Romero, E. & Gómez-Fraguela, J. A. (2000). Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. *Proyecto Hombre*. https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/15520/2001_prevenion_recaidas.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez, J. M. & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Merikangas, K. R. & Avenevoli, S. (2000, noviembre-diciembre). Implication of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Elsevier*, 25(6), 807-820.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2014). *Modelo para la prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol*. <https://bit.ly/3uCJata>
- Mirzaei, D., Zamani, B. E. & Mousavi, S. H. (2011). Determination and prioritizing of addiction prevention factors in delfan city, Iran. *Addiction & Health*, 3(1-2), 20-28.
- Moncada, S. & Palmerín, A. (2007). La prevención del consumo de drogas en España: El papel de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 21-28.
- Mora, M. D. (2008). *La educación para la salud. Un enfoque integral*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bit.ly/3fS09FI>

- Moral, M. V., Siervent, C., Ovejero, A. & Rodríguez, F. J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 6(4), 248-261.
- Muñoz, M. J. & Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- National Institute on Drug Abuse. (2011). *Lecciones aprendidas de las investigaciones sobre prevención*. <https://bit.ly/3p3nfui>
- O'Donnell, M. P. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1(1), 4-5. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-1.1.4>
- Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito. (2002). *Manual sobre programas de prevención de uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*. <https://bit.ly/3c2sSDt>
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*. <https://bit.ly/2SG6A3U>
- OMS. (1998). *La salud para todos en el siglo XXI* (No. A51 / 5). Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3c6FSIh>
- OMS. (2017). *Documento conceptual: Educación para la salud con enfoque integral*. <https://bit.ly/3fzwYoN>
- Ortiz, J., Lopera, N., González, N. & Klimenko, O. (2017). Actitudes de favorabilidad hacia conductas adictivas prevalentes en una muestra de adolescentes entre 12 y 18 años de algunas Instituciones Educativas en Medellín y Ríosucio. *Revista Psicoespacios*, 11(19), 24-45. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Perea, R. (2001). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación*, 21(4), 15-40.
- Pérez, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2), 153-160.
- Petraitis, J., Flay, B. R. & Miller, T. Q. (1995, enero). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol Bull*, 117(1), 67-86.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions: design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16(6), 579-602.
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLIS*, 4(2), 157-186.
- Quintero, B., Ortega, J. A. & Fuentes, J. A. (2014). Eficacia y eficiencia del programa de prevención escolar y familiar "Entre Todos" de la Asociación Proyecto Hombre. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 5(3), 1-16.
- Quintero, B., Ortega, J. A. & Fuentes, J. A. (2015). Eficacia del programa de prevención y adicciones Entre-Todos (Proyecto Hombre). *Revista Lasallista de Investigación*, 12(2), 28-35.
- Quintero, E. J., De la Mella, S. F. & Gómez, L. (2017, abril-junio). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21(2), 101-111.
- Rodríguez, J., Fernández, A. M., Hernández, E., Valdés, M., Villalón, M., Ramírez, S., Román, A. & Muñoz, M. (2008). Asociación entre creencias religiosas y consumo de drogas lícitas e ilícitas en jóvenes universitarios, según la metodología de pares. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(1), 78-87.
- Rodríguez, M. & Echemendia, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1), 135-150.

- Rodríguez, S. E., Díaz, B. D., García, S. E., Guerrero, J. A. & Gómez-Maqueo, E. L. (2011, enero-febrero). Evaluación de un programa de prevención el consumo de drogas para adolescentes. *Salud Mental*, 3(4), 27-35.
- Romani, O. (2008, septiembre-diciembre). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción de daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301-318.
- Salvador, L. T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *Papeles del Psicólogo*, No.77, 18-24.
- Sánchez-Huesca, R., Arellanez-Hernández, J. L., Pérez-Islas, V. & Rodríguez-Kuri, S. E. (2006). Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*, 29(1), 35-43.
- Sanchón, M. V. (2016). *Salud pública y atención primaria en salud*. Open Course Ware. Universidad de Cantabria.
- Segovia, N. S. & Carvalho, M. F. (2011, mayo-junio). Los espacios escolares para la prevención de drogodependencia: concepción de directivas de escuelas secundarias. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 19(especial), 782-788.
- Seguridad Ciudadana Cedro. (s.f.). *Prevención del uso y abuso de drogas: conceptos básicos*. <https://bit.ly/3yToaBO>
- Spoth, R. (1998). Family-Focused prevention intervention research: A pragmatic perspective on issues and future directions. En R. S. Ashery, E. Robertson & K. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions*. National Institute on Drug Abuse (pp. 459-510). NIDA.
- Stanton, P. (2012, junio). AA and abstinence as prevention techniques. *Drugs: education, prevention and policy*, 19(4), 284-290.
- STPS. (2017). *Guía de recomendaciones para la promoción de la salud y la prevención de adicciones en los centros de trabajo*. <https://bit.ly/3p6wfiw>
- Suárez, L. & Cabacés, T. (2013). *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas*. Grupo Igia. <https://bit.ly/3peEFEo>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Focus on prevention. Strategies and programs to prevent substance use* (HHS Publication No. (SMA) 10-4120). U.S. Department of Health and Human Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Center for Substance Abuse Prevention. <https://bit.ly/3p8qNew>
- Tapia, D. C., Gómez, B., Hernández, Ch. Y., Yañez, G. & Cadena, J. L. (2016). Factores de riesgo y protección en grupos vulnerables. En Tapia, D. C., Villalobos, R. M., Valera, M. M., Cadena, J. L., Ramírez, J. F., Guzmán, O. R., Maldonado, A. G. & Ortiz, D. M., *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico* (pp. 87-120). Universidad Nacional Autónoma de México.
- United Nation Office on Drugs and Crime. (2015). *International standards on drug use prevention*. <https://bit.ly/3p7v1Do>
- Valle, R. E. & Perales, A. (2010, enero-marzo). La familia en la prevención de la adicción de sustancias psicoactivas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(1), 63-64.
- Vargas, I., Villegas del Carpio, O., Sánchez, A. & Holthuis, K. (2003). *Promoción, prevención y educación para la salud*. EDNASSS.

- Villar, P., Luengo, M. A., Gómez, J. A. & Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15(4), 581-588.
- Wade-Mdivanian, R., Anderson, D., Newman, T. J. & Ruderman, D. E. (2016, julio). Exploring the long-term impact of a positive youth development-based alcohol, tobacco and other drug prevention program. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 60(3), 67-90.
- Yang, Y. & Kim, H. (2018, mayo). Effects of a prevention program for internet addiction among middle school students in South Korea. *Public Health Nursing*, 35(3), 246-255.

Terapias, psicoterapias y adicciones. Una mirada interdisciplinar

EUGENIA CATALINA CASILLAS ARISTA

La situación de las adicciones representa todo un reto tanto en el contexto nacional como en el internacional, ya que se ha convertido en un problema grave de salud pública que requiere de un trabajo de prevención, pero también —una vez presentada la problemática— de atención con diversos tratamientos que le permitan a la persona alcanzar su recuperación. Este documento tiene el propósito de mostrar un panorama general de los tratamientos utilizados por distintas instancias y profesionales que atienden a personas con problema de adicciones.

Se reconoce que el tratamiento adecuado para la atención de las personas que experimentan un problema de adicción requeriría de una planeación de fondo, donde existan políticas públicas claras para su atención. Pese a que algunos organismos internacionales, entre ellos la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC) (2003, p.II.1), mencionan que es necesario incorporar elementos estructurales, un respaldo jurídico, diseño de políticas públicas de tratamiento y el establecimiento de alianzas multisectoriales, estas medidas no siempre son atendidas por las instituciones correspondientes. Por el contrario, lo que prevalece son esfuerzos por parte de profesionales de la salud, algunas instituciones y organizaciones privadas y de la sociedad civil que atienden esta problemática, pero no suelen estar interconectadas ni sostenidas por políticas públicas que aseguren un tratamiento en el corto, mediano y largo plazo.

A este panorama se añade que pocas personas con problemas de adicciones recurren a tratamiento. Según la UNODC (2017, citado en Muñoz, 2018), en el mundo solo una de cada seis personas usuarias de drogas acude a tratamiento. Algunas de las dificultades reportadas en el acceso al tratamiento son el transporte, los costos económicos, la estigmatización y la discriminación.

Estas necesidades de atención en el tema de los tratamientos reivindican lo encontrado en la revisión de la literatura donde se pone de relieve la complejidad del problema de las adicciones y de las personas adictas, puesto que no basta con detener el consumo sino que demandan un proceso que atienda las distintas fases de este, los motivos que la llevaron a la dependencia, la manera en que la adicción tiene consecuencias en el contexto individual, familiar, social, etcétera.

Asimismo, se destaca que las adicciones no se ciñen al consumo de sustancias sino que se ha abierto un camino para integrar a las denominadas “nuevas adicciones”. Entre ellas está la ludopatía, la bulimia, la anorexia, la adicción a la tecnología, a las redes sociales, al sexo, entre otras, las cuales no han de ser consideradas como un problema de conducta o como un asunto individual sino como parte de una sociedad que sobreexige modos de vida cada vez menos alcanzables; en donde una alternativa es la evasión a la realidad, la búsqueda del goce y del placer efímero, pero inclusivo y, a la postre, destructivo, con severas consecuencias para la persona adicta y para quienes lo rodean. Una de las posibles razones para entender la

diversificación de las adicciones responde a que, según Julia Pascual (2016), cada generación encuentra la droga que necesita y que esté disponible en ese momento.

Precisamente, los tratamientos para atender a las personas con problemas de adicción son un lugar de llegada esperanzador para ofrecer alternativas de rehabilitación de acuerdo con las necesidades de las personas, reconociendo a su vez la imprescindible colaboración multidisciplinaria y multiterapéutica. Pues, retomando de nueva cuenta a Estela Rojas, Tania Real, Sarah García-Silberman y María Elena Medina-Mora (2011), los tratamientos, para que sean eficaces, deben atender las afectaciones en el cerebro y en el comportamiento, deben considerar el sexo, la edad y el tipo de adicción, y deben contar con un periodo más largo que la desintoxicación, y que también tome en cuenta las recaídas, el seguimiento, el apoyo a las familias y a la comunidad.

A lo anterior se añade que no existen tratamientos universales, es decir, que un mismo tratamiento no funciona de igual manera para todos sino que se ha demostrado que los tratamientos con apego a las necesidades particulares de las personas son los más exitosos en cuanto a rehabilitación y reinserción social. De aquí surge la necesidad de contar con un panorama que muestre la multiplicidad de opciones terapéuticas en torno a este tema.

Con el objetivo de indagar acerca de los tratamientos para atender el problema de las adicciones, se llevó a cabo una revisión de 75 textos que dan cuenta de las distintas opciones en tratamientos, terapias y psicoterapias relacionadas con las adicciones, a partir de las siguientes palabras clave: adicciones, rehabilitación, terapias, tratamientos.

El periodo considerado para la búsqueda fue de 2000 a 2018, y el escrutinio de los documentos se realizó en 2019. Se revisaron artículos científicos, capítulos de libros, tesis y textos de centros de rehabilitación en páginas web, con el propósito de mostrar un panorama general de los tratamientos utilizados por distintas instancias y profesionales que atienden a personas con problemas de adicciones.

El documento está organizado de la siguiente manera: se inicia con una descripción de los artículos revisados, tipo de textos, países donde se realizaron indagaciones de tratamientos o donde los implementan, y las disciplinas de estudio. Enseguida se exponen algunos conceptos en relación con las adicciones, puesto que los distintos tratamientos ponen de relieve las herramientas teórico-metodológicas de los profesionales, y eso implica la manera de conceptualizar las adicciones y, por ende, las acciones de atención a la problemática. Esto abre el camino para exponer de manera somera los distintos tratamientos orientados a la rehabilitación. En el siguiente apartado se exponen los enfoques teóricos para los tratamientos, donde sobresalen el cognitivo-conductual, el sistémico, el psicoanálisis y el humanismo. Se continúa con los tipos de tratamientos terapéuticos, en donde destacan la psicoterapia, los tratamientos múltiples y multidisciplinarios, las terapias alternativas, las intervenciones grupales, la farmacología, los neurocomportamentales y los requerimientos previos al tratamiento. Se finaliza con algunas conclusiones.

RECUESTO

En este apartado se expone el recuento de los 75 textos revisados para establecer el diálogo entre autores. Esta labor abre un espacio para la reflexión respecto a los países donde se encuentra la mayor parte de la literatura encontrada, los temas en los que se enfocan, las disciplinas que atienden la problemática, las aristas en las que focalizan los tratamientos y los modelos teóricos que predominan en ellos.

Cabe señalar que de los 75 textos revisados, 54 corresponden al ámbito académico, y en menor medida, se incorporan artículos de divulgación y documentos publicados por algunos centros de rehabilitación en sus páginas web.

La mayoría de los artículos académicos consultados son escritos reflexivos y, en menor medida, teóricos. Mientras que siete son productos de investigación apoyados en una metodología cuantitativa, cinco recurrieron a la cualitativa, y es notable la ausencia de productos de investigación con metodología mixta. La cifra de 54 documentos revela que el tema de las adicciones y sus tratamientos es de gran interés en el campo académico, pues algunos de ellos tenían el propósito de dar cuenta de la científicidad de los métodos, de la pertinencia de algunas perspectivas teóricas y de aquellos tratamientos con base empírica. En cuanto a los textos no académicos, resaltan los artículos de divulgación escritos por profesionales en el campo de las adicciones, y de páginas web de centros de internamiento.

Respecto a los países donde se publicaron los textos, se observa que una gran proporción de documentos provienen de España. Resaltan los temas acerca de la eficacia de terapias (Rubio, Benito, Juan, Francés, Real & Haro, 2015; Bachiller, Grau-López, Barral, Daigre, Alberich, Rodríguez-Cintas, Valero, Casas & Roncero, 2015; Puerto & Barrena, 2014; Ulivi, 2000), el uso de fármacos ante las recaídas (Álamo, López-Muñoz & Cuenca, 2000; Brewer & Streel, 2003; Martínez, Graña & Trujillo, 2009; Lizán, Sánchez, Palau, Llorens, Dorado García & Romero, 2010), y el ejercicio físico como estrategia de intervención en las adicciones (Siñol, Martínez-Sánchez, Guillamó, Campis, Larger & Trujols, 2013).

Hay quienes puntualizan en los tratamientos para sustancias específicas (Solé, 2000; González & López, 2017; De la Serna, 2018), intervenciones psicológicas (Ruíz & Chulkova, 2016; Sánchez-Hervás & Tomás, 2001), terapias alternativas (Orgillés, 2011; Marín, 2016), y los que incluso reflexionan acerca de las creencias detrás de las adicciones (Talego & Reigada, 2005). Otros más elaboran guías y manuales sobre las adicciones dirigidos a profesionales (Hermosel, Hernández, Reviriego, Rubio & Ventura, 2011; Horcajadas, Barreiro, Berdullas, Castillo, Llorente, López, Madoz, Martínez, Ochoa, Palau, Palomares & Villanueva, 2011).

En el caso de México, los textos revisados se enfocan en identificar las prácticas terapéuticas ante las adicciones (Souza & Cruz, 2008; Cordero, Cordero, Natera & Caraveo, 2009; Rodríguez, Echeverría, Martínez & Morales, 2017; Díaz, 2016), terapias alternativas (Ponciano & Morales, 2007; Muñoz, 2018; Arroyo, s.f.), diagnósticos realizados a centros de tratamiento (Carlín, 2003), así como un breve recuento de las adicciones en México (Rojas, Real, García-Silberman & Medina-Mora, 2011).

Por su parte, en Colombia prevalece un interés por las perspectivas clínicas en el tratamiento de las adicciones (Arias & Correa Uribe, 2016), las terapias grupales (Flores & Gantiva, 2009; Perea, 2017), el recuento de los tratamientos en Colombia (Hernández, 2010) y las terapias alternativas (Becerra, 2008). En cuanto a Chile, se presenta un interés por indagar acerca de los distintos campos de estudio en psicología (López, 2006) y los diversos tratamientos para la adicción a las drogas (Chile Psicólogos, 2018; Kreither & López, 2001).

Por otro lado, los textos de Perú se interesan por las terapias alternativas (Brito, 2010), los tratamientos intensivos (Instituto de Salud Libertad SAC, 2017) y los distintos procesos de rehabilitación en personas con adicciones (Chávez & León, 2018). Se encontró que en países como Cuba, Uruguay y Brasil se enfocan, en su mayoría, en las terapias alternativas (Álvarez, Camilo-Colás, Camilo-Álvarez, Domecq & Revé, 2013; Garbi, Touris & Epele, 2012; Torres, 2017), mientras que en Costa Rica, Argentina y Bolivia indagan acerca de los distintos tipos de terapias y modelos teóricos (Doga, 2015; Grupo Gamma, 2018; Lora & Calderón, 2015).

Finalmente, en Estados Unidos se encontró una guía para el tratamiento de las adicciones (UNODC, 2003).

En cuanto a las disciplinas de estudio, se evidencia una amplia proporción de documentos en el área de la salud, en especial de la psicología con sus distintas especialidades de estudio como la Psicología de la Salud, la Psicología Clínica, la Psicología Social y la Neuropsicología. En este sentido, se reconocen los esfuerzos de los estudiosos en esta disciplina para atender tratamientos desde una multiplicidad de enfoques teóricos y con una variabilidad de técnicas con el propósito de responder a las necesidades de la población con adicciones. Sin duda, esta área de estudio es la que más aportes ha realizado a los tratamientos de las adicciones, pues ha colaborado en acercamientos multidisciplinarios y transdisciplinarios para hurgar en las distintas aristas de la problemática de las adicciones, cuya centralidad se ha alejado de las sustancias y se ha abierto a otro tipo de dependencias asociadas con la conducta.

Respecto a los enfoques teóricos desde la psicología sobresale el sistémico, el humanista, el psicoanálisis y el cognitivo-conductual. Asimismo, se aprecia que 44 de los tratamientos para atender las adicciones hacen referencia a la psicoterapia, nueve a terapias alternativas, cinco a intervenciones grupales, y cinco más a tratamientos neurocomportamentales. Por su parte, cuando los profesionales en psicología colaboran en intervenciones multidisciplinarias lo hacen en tratamientos de psicoterapia, farmacoterapia, psicoterapia grupal, grupos de autoayuda, terapia familiar, terapia ocupacional, consejería y terapia conyugal.

Asimismo, la medicina y la psiquiatría son dos áreas enfocadas en los tratamientos de las adicciones desde acercamientos farmacológicos ya sea para disminuir las recaídas (Álamo et al., 2000; Brewer & Streel, 2003), identificar trastornos de personalidad (Martínez et al., 2009), o complementar el tratamiento (López, 2006; Lora & Calderón, 2015; Alvarado, s.f.), por mencionar algunos.

A manera de cierre de este apartado, es preciso apuntar que los distintos textos encontrados en la literatura ponen de relieve, por un lado, el avance en los tratamientos relacionados con las adicciones, principalmente con aportes de la psicología, mientras que por otro lado, evidencian la complejidad de la problemática al adentrarse en distintos tratamientos con la intención de contribuir a la recuperación integral de la persona.

También sobresale la importancia del trabajo multidisciplinario en los tratamientos y en las vetas que se abren para la colaboración de otras disciplinas. En cuanto a los países, destaca España quien tiene una amplia trayectoria en el estudio del tratamiento de las adicciones, al que le sigue México, lo cual resalta la dedicación a la búsqueda de atención a una problemática que se complejiza cada vez más.

Es importante destacar que los tratamientos están relacionados con la manera de conceptualizar la problemática, por ello, en el siguiente apartado se revisan algunos conceptos en torno al tema de las adicciones.

Las adicciones. Algunas nociones que revisar

La adicción a las drogas tiene larga data en la historia de la humanidad. El tipo de sustancia, la frecuencia de consumo y sus efectos en el corto, mediano y largo plazo han sido el punto de partida para la búsqueda de tratamientos eficientes y eficaces para atender a las personas con problemas de consumo de sustancias.

De manera reciente, la adicción a las drogas ha sido considerada como un problema de salud pública, sin embargo, esta consideración ha mostrado cambios a lo largo del tiempo.

Lo mismo ha sucedido con los tratamientos para su atención, ya que estos están ligados de forma estrecha a la manera en que algunos estudiosos conciben tanto a la problemática de las adicciones como a los sujetos que forman parte de ella.

De ahí que en algunos textos se considere a los adictos como personas, pacientes, usuarios, consumidores o clientes, situación que hasta cierto grado denota las posturas teórico-metodológicas para acercarse a ellos y a la adicción. Un ejemplo de esto lo muestran Félix Talego y Alicia Reigada (2005) al señalar que algunos especialistas identifican al ayudado bajo la etiqueta de “paciente”, quien debe estar bajo su dirección hasta que se diagnostique su completa recuperación. En este sentido, resulta pertinente mostrar algunos conceptos en torno a la noción de adicción, para entender su relación con los distintos tratamientos y con la manera en que se han llevado a cabo.

En principio, es necesario apuntar que la adicción está relacionada con la drogodependencia, entendida como la persistencia en el consumo de ciertas sustancias a pesar de las consecuencias negativas que esto conlleve (Sánchez, 2017). Al respecto, Jordi Sánchez (2017) y Pascual (2016) sostienen que la drogodependencia es un estado mental y físico patológico en el que una persona necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar.

La dependencia a las drogas integra dos dimensiones: la dependencia física y la psíquica. La primera se refiere a que el organismo de una persona está tan habituado a la presencia de la droga que la necesita para ser funcional, pues de lo contrario experimenta el síndrome de abstinencia. La dependencia psíquica tiene que ver con la intención de consumir para experimentar una sensación placentera —euforia, alegría, tranquilidad— o bien, para apartarse de un estado o situación desagradable —estrés, timidez, dolor.

Por otra parte, en algunos estudios se entiende como *droga* a “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica su comportamiento y según el uso, puede crear dependencia” (Mata, 2014) afectando el sistema nervioso central. Estas sustancias denominadas drogas se pueden clasificar en tres grupos: depresoras —alcohol, opiáceos, sedantes—, estimulantes —cocaína, nicotina— y alteradoras de la percepción —cannabis, drogas de diseño— (Mata, 2014).

La adicción es considerada como una dependencia a las drogas cuyas consecuencias se manifiestan en la salud física y mental de las personas, entre las cuales destacan: estrés, aislamiento social, problemas de pareja y familiares, depresión, fobia social, paranoias, delirio de persecución, problemas en la sexualidad, insomnio, falta de atención, de concentración y de memoria, migraña, problemas cardíacos, entre otros (Pascual, 2016; Santos, 2017). Debido a estos síntomas es que la adicción ha sido considerada como una enfermedad, la cual ha sido tratada principalmente por disciplinas como la psicología, la medicina y la psiquiatría. Incluso, es común que estas áreas del conocimiento converjan y se complementen para atender el problema de las adicciones.

Estos efectos dieron paso a que algunos tratamientos se centraran en la atención de los efectos neurobiológicos y de conducta ocasionados por el consumo de sustancias. Así lo muestran Puerto y Barrena (2014), quienes consideran a las adicciones desde un punto de vista neurobiológico y psicológico, debido al estado compulsivo que producen las drogas en una persona. Aunque se reconoce la predisposición genética, se ponderan los cambios biológicos, psicológicos y sociales, que determinan en gran parte las pautas futuras de respuesta de la persona. Una mirada similar la exponen Mauro García-Toro, Margalida Gili y Miguel Roca (2011), quienes sostienen que las adicciones se relacionan con modificaciones en la activación cerebral. Pero aun así, se trata de una patología tratable (Álamo et al., 2000). Por

su parte, Delia Hernández (2010) señala que las adicciones se asocian con una enfermedad mental debido al trastorno de personalidad, trastorno bipolar I y II, trastornos de ansiedad y psicosis.

Desde esta mirada neuro-bio-psico-social se puso atención en los efectos de las drogas en el corto, mediano y largo plazo, reconociendo a la drogodependencia como una enfermedad crónica que requería tratamiento durante la mayor parte de la vida. Esto, debido a que resaltaban las recaídas (Alvarado, s.f.) y el frecuente incumplimiento terapéutico (Álamo et al., 2000).

En esta línea de pensamiento, se encuentran Luis Lizán, Amparo Sánchez, Carmen Palau, Noelia Llorens, M. L. Dorado García y Francisco Javier Romero (2010), quienes sostienen que el proceso de dependencia a las drogas implica cambios en la neurotransmisión de diferentes circuitos cerebrales relacionados con el refuerzo producido por las drogas, así como con el tiempo y patrón de consumo, la tolerancia a la droga y el tipo de sustancia psicoactiva consumida.

Aunque se reconoce la afectación neurobiológica, resultado de la adicción a las drogas, un rasgo que sobresale en el estudio de las drogodependencias es la conducta. Precisamente, Eduardo J. Pedrero, Gloria Rojo, José M. Ruiz, Marcos Llanero y Carmen Puerta (2011) definen la adicción como una conducta que puede estar dirigida a la búsqueda del placer o a la reducción del malestar. Bajo esta línea se encuentra Cristián López (2006) quien propone entender la adicción como un intento de solución al problema de las faltas de ser y de goce. Mientras que Chile Psicólogos (2018) consideran que las personas se hacen adictas a las drogas para evadir problemas y vivir la realidad de otra manera.

Otra noción de las adicciones ligada a la conducta proviene de Roberto Secades y Hermida Fernández (2001), quienes sostienen que el consumo de drogas es un hábito sobreaprendido, que al igual que los demás hábitos comportamentales, puede ser analizado y modificado. Estos autores reconocen la importancia de las características biológicas en el desarrollo de una adicción, pero consideran cruciales una serie de comportamientos relacionados con modelos reforzadores de consumo, el contacto directo con las drogas, la razón que llevó a la persona a consumir y las condiciones contextuales como el ambiente escolar o familiar, la presencia de sustancias en el entorno cotidiano, y las consecuencias fisiológicas y / o sociales derivadas de la autoadministración de la sustancia (Secades & Fernández, 2001).

La diversificación de aristas en el consumo de sustancias mostró la necesidad de profundizar y atender la problemática desde sus diferentes dimensiones (Brito, 2010; Díaz, 2016). Además, se apuntala la idea de que no existe un solo tipo de tratamiento que sea eficaz para todas las personas. En este aspecto, Rojas et al. (2011), aunque comulgan con la idea de que la adicción es una enfermedad que afecta el desempeño del cerebro y del comportamiento, proponen que el tratamiento debe atender necesidades específicas en relación con el género, la edad y el tipo de sustancia consumida.

La apertura a considerar más aristas en la problemática de las adicciones diversifica los acercamientos a los tratamientos, los cuales dejaron de centrarse solo en la persona y se extendieron a las relaciones interpersonales y a la necesidad de incluir a la familia en el tratamiento. Al respecto, Francisco Díaz (2016) considera a la adicción como un proceso relacional donde la persona limita sus modos de interacción, creando pautas repetitivas y estereotipadas que imposibilitan un contacto satisfactorio. Esto produce una relación inflexible que lleva a la persona a permanecer en estados de confluencia o aislamiento hasta el punto en que la única relación que mantiene la persona adicta es con la droga y con sus compañeros de consumo.

Cabe mencionar que el campo de las adicciones ya no se enfoca solo en el consumo de droga sino que ha ampliado su perspectiva al considerar a las conductas y a las relaciones como elementos cruciales para la comprensión del fenómeno adictivo. Así pues, se ha visto que la adicción también es una enfermedad que se manifiesta en la práctica compulsiva de una conducta como puede ser a los juegos, al Internet, al sexo, a la tecnología, a las redes sociales, etcétera, que provoca en las personas un desequilibrio personal, con consecuencias a nivel orgánico y mental (Santaella, 2017). Una característica común y central de estas conductas es la pérdida de control y de toma de decisiones; además, produce dependencia en la persona, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que de forma eventual la orillará a buscar un tratamiento (Horcajadas et al., 2011).

Se sostiene que en las adicciones está involucrada una multiplicidad de factores. Ya sea que se refiera al consumo de drogas o a ciertas conductas, la adicción trae consecuencias no solo para la persona adicta sino para sus allegados. Por esa razón se considera que el tratamiento además de atender la recuperación de la persona adicta, debe incluir a quienes lo rodean (Souza & Cruz, 2008). Incluso, Ricardo Iván Nanni (2014) asegura que en las adicciones los pacientes no se curan por el hecho de dejar de consumir sino que requieren tratamientos integrales y multidisciplinarios. Es especial, porque aun cuando en el núcleo está la persona que consume drogas se debe tomar en cuenta a los distintos ámbitos con los cuales se relaciona, entre ellos, la familia, la escuela y el trabajo (Souza & Cruz, 2008).

Para concluir, en este documento se han subrayado algunos cambios en la manera de concebir a las adicciones. Destaca que en ellas está presente de manera transversal la mirada de la psicología y de la medicina, quienes relacionan a la adicción con los efectos neuronales, biológicos, psíquicos y de conducta. Un aspecto para destacar son las distintas dimensiones de las que parte la noción de adicción, pues comienza con los efectos de las drogas en el organismo, luego se relacionan con la conducta, para después puntualizar que no se trata solo de la persona de manera aislada sino que tiene injerencia en la manera en que se estructuran las relaciones interpersonales.

Estos cambios en la concepción de la problemática de las adicciones facilitaron también un alejamiento de la centralización de la adicción en las drogas, hacia considerar que las adicciones también están relacionadas con la conducta poniendo en la mesa de discusión a las nuevas adicciones. Otro aspecto que resalta es el paso de la detección de síntomas en el organismo hacia el reconocimiento de las posibles razones por las cuales las personas llegan a la adicción, entre las cuales se pondera la evasión de la realidad, la búsqueda de placer o la reducción del malestar. Estos distintos posicionamientos presentes en las nociones acerca de las adicciones tienen injerencia en los tratamientos, su duración y en la manera de implementarlos.

TRATAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON ADICCIÓN: UN PANORAMA GENERAL

Los tratamientos para atender la problemática de las adicciones, al igual que la conceptualización de las adicciones, han cambiado y se han diversificado en cuanto a su duración, su focalización y el tipo de adicción, ya sea que se trate de sustancias o de conductas. Incluso profesionales de distintas disciplinas unen esfuerzos para colaborar en conjunto.

Detrás de la atención a las adicciones, en especial cuando es considerada desde la conducta, está presente la idea de que “de la misma manera que se aprende a consumir, también

se puede desaprender” (Cambio Centro de Apoyo Psicológico, s.f.). Esta mirada muestra el propósito de poner en marcha una serie de recursos de acuerdo con la gravedad del problema.

Antes de entrar de lleno a los métodos y procedimientos, conviene revisar a qué se refiere el término *tratamiento*, *terapia* y *psicoterapia*, para entender qué atienden y en qué consisten, así como revisar un término adyacente que es la *rehabilitación*. En las siguientes líneas se expondrán las nociones encontradas en la literatura con la intención de identificar y resaltar los matices que han denotado cambios en la manera de tratar las adicciones.

El término *tratamiento* proviene del latín *tractare* que significa tratar y del sufijo -miento, que se refiere a instrumento, resultado, acto y efecto de. En el área de la salud, se refiere a un “grupo o conjunto de variedad de medios que se usa especialmente para tratar, es decir, curar o aliviar una enfermedad” (Diccionario etimológico, s.f.d). Al respecto, Saúl Alvarado (s.f.) sostiene que en general, el tratamiento es un proceso que consiste en una serie de intervenciones estructuradas, dirigidas a apoyar y promover la recuperación de la persona hacia una mejor calidad de vida.

Un aspecto que llama la atención en la literatura revisada es que este proceso de atención a las personas adictas es llevado a cabo por profesionales, en especial del área de la salud. Como se mencionó en las definiciones sobre adicciones, resalta la noción de enfermedad, afectaciones bio-neuronales que limitan la toma de decisiones, problemas de conducta y dificultad para convivir con sus allegados y su entorno. Asimismo, se sostiene que el tratamiento de las adicciones implica un proceso y no fases inmutables. Se reconoce que la suspensión del consumo causa recaídas, las cuales más que ser consideradas como fracasos, indican que el avance y la recuperación no siempre es lineal.

De igual forma, se puntualiza en que el tratamiento va de la mano con la mejora en la calidad de vida. Se considera que las personas adictas tienen problemas no solo con su organismo sino que el malestar derivado de la adicción abarca distintos ámbitos de la vida, lo cual lleva a la persona adicta, de forma gradual, al aislamiento. Por ello, en algunos casos el tratamiento está orientado hacia la *rehabilitación*.

Este término proviene del latín y se compone por el prefijo re- (cuyas acepciones son repetición, detrás de o hacia atrás; también denota intensificación e indica resistencia o negación), la voz *habilitas* (aptitud) y el sufijo -ción (acción y efecto). De esta manera, rehabilitación significa “habilitar de nuevo o restituir a alguien o algo a su antiguo estado” (Real Academia Española, 2023). En este sentido, el tratamiento no está centrado solo en la recuperación física y mental sino también en la reinserción social.

Un aspecto central es que se recurre a la rehabilitación porque la persona con adicciones entra en un modo de vida insostenible tanto para ella como para quienes están a su alrededor (Chávez & León, 2018). Las definiciones acerca de la rehabilitación suelen cambiar de acuerdo con el área de estudio. Hay quienes ponderan la rehabilitación en la salud física y mental, y, por consiguiente, puntualizan en asuntos particulares de estas, como sucede por ejemplo con la desintoxicación, o la atención a ciertos estados de ánimo y afectaciones en el organismo generados por las sustancias. Otras definiciones muestran la necesidad de combinar estrategias para la recuperación de las personas con adicciones con la intención de facilitar una reinserción comunitaria.

A decir de Sarria (2012, citado en Arias & Correa Uribe, 2016, p.246), un tratamiento de rehabilitación es “el conjunto de estrategias e intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas, y para aumentar y optimizar el desempeño personal y social”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

(citada en Hernández, 2010), el tratamiento de rehabilitación comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas inician una sucesión de intervenciones concretas y termina en el momento en que alcanzan un alto nivel de salud y bienestar.

Desde el punto de vista de Hernández (2010), la rehabilitación implica la desintoxicación, es decir, la eliminación de sustancias del cuerpo, revertir los efectos de la droga mediante el uso de antagonistas, y tratar con fármacos y estrategias psicosociales los síntomas de abstinencia para suprimirlos o disminuirlos. Por su parte, Juan Moisés de la Serna (2018) considera que cada sustancia debe tener un tratamiento particular debido a sus efectos en el organismo. Por ejemplo, en el caso de la cocaína, sostiene que el énfasis del tratamiento debe estar en la prevención de recaídas, debido a que esta droga aporta dopamina al cerebro en cuya fase de abstinencia presenta euforia de temblores, irritabilidad y estados ansiosos, mientras que los efectos de la droga en la fase depresiva posterior son somnolencia, decaimiento y agotamiento.

Por otro lado, hay quienes afirman que los tratamientos deben integrar un recurso antagónico a la droga y lo denominan “abstinencia antagónica-asistida”, haciendo referencia al uso de implantes de naltrexona o vacunas, por ejemplo, ante el consumo de cocaína, cannabis y nicotina (Brewer & Stree, 2003).

Aunque las aproximaciones mencionadas tienen una connotación que remite al consumo de drogas y provienen del área de la medicina, no todas las acepciones se encuentran en esta área. Principalmente, se reconoce la necesaria colaboración entre profesionales de distintas disciplinas y enfoques en la atención a personas con adicciones.

Carlos Chávez y Carlos Augusto León (2018), por su parte, afirman que la rehabilitación debe estar orientada a la reinserción social en la comunidad. La rehabilitación inicia con la desintoxicación y el uso de fármacos, y requiere diversas estrategias, tales como la psicoterapia de grupos, psicoterapias conductuales, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica, formación profesional y experiencia laboral.

Otros estudiosos del tema reconocen que la atención a las adicciones debe incluir intervenciones psicoterapéuticas que fomenten el mantenimiento de la abstinencia y la vinculación al tratamiento posterior (Bachiller et al., 2015). A esta puntualización se suma que no hay consumidores de sustancias puros, y al hecho de que el problema de la adicción responde a múltiples factores y como tal, su tratamiento debe no solo solucionar los problemas propios del adicto sino también de su entorno social —familiares, amigos, compañeros, pareja, etcétera— (Souza & Cruz 2008), lo que requiere de múltiples tratamientos, entre ellos terapéuticos y psicoterapéuticos.

Algunos profesionales sostienen que los tratamientos deben estar diferenciados por género. Diana Bachiller, Lara Grau-López, Carmen Barral, Constanza Daire, Cristina Alberich, Laia Rodríguez-Cintas, Sergi Valero, Miquel Casas y Carlos Roncero (2015) señalan que las diferencias entre los sexos están relacionadas con factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos. Esta premisa es apoyada por Rosario Ruíz y Mina Chulkova (2016), quienes afirman que en el caso de las mujeres hay aspectos a tomar en cuenta en el tratamiento, entre los que destacan la ayuda económica, el cuidado de sus hijos, la ayuda para encontrar empleo y la educación psicosocial en múltiples campos.

Los tratamientos para la rehabilitación de personas con adicciones son distintos según la disciplina de los profesionales que lo atienden. Algunos profesionales de la salud se han abocado al tratamiento de las adicciones por medio de la terapia. Este término proviene del griego *Θεραπεία* que significa *therapeia* o tratamiento, el cual, está conformado por el verbo *Θεραπεύειν* que se refiere a *therapeuein*: atender, cuidar, aliviar. De aquí se desprende

la palabra terapeuta. A su vez, este verbo se deriva de *Θεραπεία* que significa *therapon*: es-cudero, el que ayuda al guerrero, y del sufijo *-εία* (-eia), variante de *-ia* que indica cualidad (Diccionario etimológico, s.f.c).

Muy ligado al término de la terapia está el de psicoterapia, que significa tratamiento médico usando el espíritu. Esta palabra está formada por las raíces griegas *ψυχή* (*psykhe*: alma) y *Θεραπεύειν* (*therapeuein*: atender, cuidar, aliviar), más el sufijo *-εία* (-eia), variante de *-ia* que se refiere a una cualidad (Diccionario etimológico, s.f.a). Esta definición es ampliada en el Plan director de salud mental y adicciones (2011) donde se precisa que la psicoterapia es un tratamiento basado en técnicas específicas y diversas, pertenecientes al campo de la psicología, reconocidas y legitimadas por la comunidad profesional y científica, y tiene como objetivo reducir el sufrimiento ligado a trastornos mentales, y promover cambios que mejoren la salud.

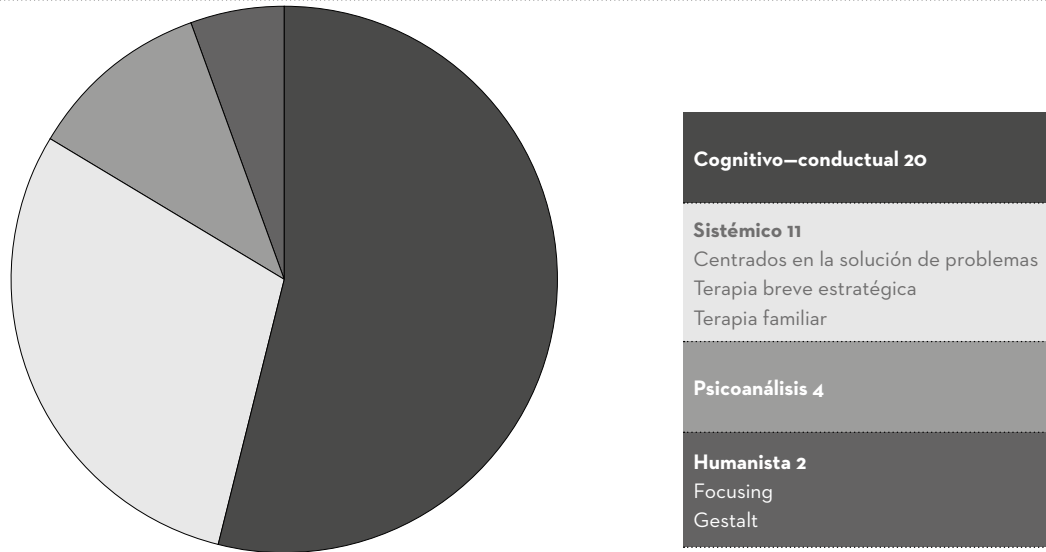
Al respecto, Bachiller et al. (2015) sostienen que los distintos recursos terapéuticos brindan apoyo a los adictos en rehabilitación en el proceso que va desde la desintoxicación, la abstinencia, y la disminución de recaídas, además de facilitar la retención al tratamiento de deshabitación posterior, de manera que puede darse un seguimiento por algunos meses.

Algunos profesionales, entre ellos Nanni (2014), sostienen que la adicción a las drogas requiere tratamientos integrales donde colaboren distintas especialidades, ya sea por mucho tiempo o por periodos repetidos de atención, para lograr la abstinencia y la recuperación de la vida normal. Mientras que Emilio Sánchez-Hervás, Vicente Tomás y Esperanza Morales (2004) afirman que las intervenciones terapéuticas deben estar orientadas a identificar el momento en que las personas deciden realizar cambios en sus conductas adictivas, la manera en que hacen estos cambios y lo que necesitan cambiar para superar sus problemas particulares de adicción. En este afán, desde el campo de la psicoterapia sobresalen algunos enfoques teóricos que atienden las distintas dimensiones de la problemática de las adicciones. Conviene revisar las perspectivas porque suelen ser la base de los distintos tratamientos.

ENFOQUES TEÓRICOS EN PSICOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Recurrir a la psicoterapia es muy frecuente para el tratamiento contra las adicciones. La psicoterapia es un campo de estudio con múltiples enfoques teóricos que conviene retomar por sus aportes a los tratamientos en adicciones. En la revisión de 37 documentos, donde se explicita el enfoque teórico, se encontró que la mayoría hacen referencia al enfoque cognitivo-conductual, seguido por el sistémico, el psicoanálisis y finalmente, el humanismo (véase la figura 5.1).

FIGURA 5.1 ENFOQUES TEÓRICOS EN PSICOTERAPIA



Fuente: elaboración propia con base en la revisión de 37 documentos que explicitan el enfoque teórico del tratamiento.

Cognitivo—conductual

Desde esta perspectiva, algunos textos revisados resaltan el modelo cognitivo—conductual o solo conductual, con ramificaciones como la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Racional Emotiva. La Terapia cognitivo—conductual entiende a la cognición como un mediador de la conducta y refiere que las adicciones son observables debido al comportamiento y a la conducta (Independientes, 2014). Al agrupar estos artículos, se pone de manifiesto un marcado énfasis en la modificación de la conducta.

Algunos autores mencionan que este enfoque es el que mejores resultados empíricos ha demostrado en la prevención de recaídas, en particular en pacientes alcohólicos; además de facilitar la permanencia y continuidad en el tratamiento (Martínez et al., 2009). Esto es en particular relevante, pues la suspensión del tratamiento suele tener consecuencias negativas para las personas en rehabilitación. De acuerdo con Nanni (2014), el problema no termina al dejar de consumir.

Un aspecto que se ha mencionado de manera reiterada es que el problema no se centra ni en el consumo ni en la dependencia sino en el ámbito personal; la adicción se relaciona con vacíos, evasión de la realidad y malestar emocional. De ahí que algunas terapias tengan como base la Terapia de Aceptación y Compromiso, la cual está orientada a que las personas identifiquen sus dificultades de raíz, y que sea la persona quien decida dejar la adicción mediante el afrontamiento de barreras o situaciones no resueltas que impactan en sus emociones y que facilitan el consumo (Luciano, Páez—Blarrina & Valdivia—Salas, 2010). Esta es una de las opciones terapéuticas que resaltan la participación de la persona y su capacidad de agencia en el proceso del tratamiento.

Sistémico

Siguiendo la línea de propuestas basadas en enfoques teóricos, la perspectiva sistémica agrupa al modelo basado en la Solución de Problemas, la Terapia Breve Estratégica y diversas propuestas que incluyen a la terapia familiar. El objetivo de estos tratamientos está en modificar la interacción que la persona adicta sostiene con sus diversos entornos, ya que para los sistémicos, la adicción es el síntoma de lo que sucede en el sistema al que pertenece la persona —por lo general, en la familia.

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se gesta desde la óptica de la epistemología sistémica y constituye una alternativa diferente a las que de forma tradicional se utilizan para tratar el consumo de sustancias. Lo anterior se debe, en primer lugar, al compromiso del terapeuta para buscar soluciones eficaces para cada persona y, en segundo, a que el alcoholismo es considerado como producto de los sistemas relacionales que mantiene el alcohólico con su entorno (Cordero et al., 2009).

Desde esta postura, la TCS, según Giannino Ulivi (2000), ayuda en el tratamiento de personas con adicciones, porque logra cambios en la interacción familiar y convierte a la persona en protagonista dentro de la búsqueda de soluciones. Además, esta participación activa promueve su motivación y facilita la identificación de expectativas de futuro. Este enfoque parte de la persona con adicción y de sus recursos para dar una solución a la problemática que favorezca su relación familiar y oriente sus decisiones hacia un proyecto de vida.

Por otra parte, en la Terapia Breve Estratégica se considera que es más conveniente trabajar con los familiares de las personas con adicción. Una de las razones que da Pascual (2016) es que en los familiares se suele concentrar el sufrimiento. De ahí parten las inconformidades, las represiones y es posible agregar, las múltiples formas de violencia, de manera que las personas con adicciones se encuentran en un entorno familiar que los acorrala. En consecuencia, apunta Pascual (2016), es preciso hacer una valoración para identificar si la dependencia responde a un asunto de placer o bien, a un mecanismo obsesivo compulsivo por el control sobre otras emociones.

Tanto en la Terapia Centrada en Soluciones como en la Terapia Breve Estratégica, resalta el trabajo terapéutico con la familia o con el paciente, ya sea para mejorar las interacciones y ser parte de la solución o bien, para incluir a la familia como parte de la problemática a atender. En ambos casos, sobresale que la familia participa de forma activa en el tratamiento.

En la literatura revisada se mencionan diversos tratamientos que consideran a la familia y a los grupos como aspectos clave para la rehabilitación de las personas. Según María Cristina Riveros y Dora Isabel Garzón (2014), la familia participa en la construcción de la identidad y al mismo tiempo, es fundamental en la rehabilitación de la persona, por la dualidad de padecer las consecuencias de la adicción y al mismo tiempo ser partícipe del problema. El énfasis del enfoque de terapia familiar, según estos autores, es orientar la mirada hacia los recursos, las fortalezas, las intenciones, los valores, los sucesos o momentos vividos al margen del problema, creyendo en la disposición que pueden tener las personas para establecer relaciones “sanas”, cambiar sus estilos de vida, vivir en armonía y bienestar, enfrentando los dilemas y dificultades propios de la vida (Riveros & Garzón, 2014). Es decir, mejorar la interacción de la persona con su familia como parte del proceso de recuperación.

Los modelos de intervención que integran a las familias en los procesos de tratamiento terapéuticos enfatizan el papel positivo que estas pueden cumplir en la rehabilitación y prevención de recaídas de la persona con adicción, sin considerarlas como causantes o

responsables de la problemática. Uno de estos enfoques es la Emoción Expresada (EE) al centrarse en las pautas de respuesta y comunicación, en particular, cuando la familia tiende a desarrollar estilos de manejo y relación hacia la hostilidad o la sobreprotección con uno de sus miembros adictos (Becerra, 2008). Este enfoque de EE, coloca el acento en la comunicación intrafamiliar y en el clima familiar.

Psicoanálisis

Otro enfoque que ofrece un tratamiento al problema de las adicciones es el Psicoanálisis, cuyo abordaje terapéutico se centra en el inconsciente y ofrece distintas posturas entre las cuales destacan las freudianas y lacanianas. A decir de López (2006) este enfoque ha mostrado cambios en el modo de conceptualizar la adicción; ha pasado de considerarla como un síntoma de procesos inconscientes a un intento de solucionar la falta de ser y de goce. María Elena Lora y Claudia Calderón (2015) sostienen que el psicoanálisis considera para el diagnóstico tres estructuras: las neurosis, las psicosis y las perversiones. Así pues, dependerá de la estructura el cómo la persona reaccione a la dependencia.

Cualquier persona, ya sea neurótica, perversa o psicótica, puede llegar a ser adicta, aunque la relación y el sentido que tenga con la droga sea diferente para cada estructura. Otra postura proviene de Francisco J. Arias y Jorge Enrique Correa (2016), quienes sugieren que el enfoque convencional del psicoanálisis es útil para identificar y atender rasgos de personalidad anómalos previos a la adicción. Esto podría aludir de nueva cuenta a una condición de represión y malestar que se evidencia mediante las adicciones.

Humanismo

Desde la perspectiva humanista destacan artículos que hacen mención a la Gestalt y al Focusing. La propuesta gestáltica es un modelo emergente para la atención del comportamiento adictivo, no pretende ser la panacea en el proceso de rehabilitación de adicciones sino una aportación a las intervenciones multidisciplinarias centradas en el apoyo a la problemática adictiva.

De acuerdo con Díaz (2016), la Gestalt ofrece la posibilidad de entender a la adicción como resultado de una evasión con el entorno, el cual puede ser considerado como amenazante; por esa razón la persona prefiere no establecer relaciones con los demás y a su vez, establece un vínculo con las drogas para evitar su entorno inmediato. Conviene resaltar que este enfoque teórico coloca su interés en los procesos de vincularidad y en la negativa a pertenecer o no sentirse pertenecido en un entorno particular.

En esta línea humanista se encuentra también el Focusing, el cual permite el acceso al conocimiento del cuerpo, virando la conciencia hacia lo interno y las sensaciones corporales en el presente (Doga, 2015). De acuerdo con James Doga (2015), el Focusing facilita que las personas dependientes de sustancias se pongan en contacto consigo mismas y guíen su proceso de rehabilitación por medio de experiencias sentidas para fortalecer tanto los beneficios y los sentimientos positivos de la recuperación, como las carencias y vacíos que esta población intenta llenar con el uso de drogas.

Así mismo, la práctica del Focusing, señala Doga (2015), pretende ofrecer un espacio donde las personas contacten con su experiencia relacionada con el consumo y con sus expectativas futuras. En este enfoque resalta la búsqueda del sentido de vida como parte de un proceso

terapéutico. En relación con las perspectivas humanistas, lo que se puede apreciar es que al menos en la literatura revisada, son pocas las propuestas para la atención de problemas de adicción.

Para finalizar este apartado es posible sostener que desde el campo de la psicoterapia se desprenden distintas perspectivas teóricas que muestran la complejidad de la atención a las adicciones, puesto que presentan una radiografía de la interrelación de que intervienen en la problemática de la persona adicta, su familia y su entorno inmediato; así como la necesaria atención en un periodo de tiempo que puede ser indefinido.

Asimismo, los distintos enfoques teóricos responden a posturas epistemológicas particulares que conceptualizan la problemática de las adicciones y a las personas adictas. De ahí que sus herramientas teórico-metodológicas muestren distintos alcances en las diversas dimensiones de las adicciones, las cuales, más allá de suponer atenciones fragmentadas, denotan la riqueza de perspectivas teóricas y de técnicas, que pueden servir al proceso de rehabilitación y a las necesidades de cada persona. Precisamente, en el siguiente apartado se exponen los distintos tratamientos terapéuticos en relación con las adicciones.

TIPOS DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS PARA ATENDER LAS ADICCIONES

Este apartado tiene como propósito identificar los tipos de tratamiento para el problema de las adicciones. Con base en la revisión de 75 textos, se encontró que un gran porcentaje de tratamientos se enmarcan en la psicoterapia (34%), seguidos por los tratamientos múltiples y multidisciplinarios (25%), las terapias alternativas (23%), las intervenciones grupales (6%) y la farmacología (6%), principalmente. En menor medida se mencionan los tratamientos neurocomportamentales (3%) y artículos que señalan elementos previos al proceso del tratamiento (3%).

Tratamientos desde la psicoterapia

En general, al hablar de diversas modalidades de psicoterapia, la mayoría de los artículos señalan que la rehabilitación engloba varias estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica, el trabajo con la familia, etcétera. Asimismo, hay una prevalencia de textos que apuntan hacia el trabajo multidisciplinario debido a la diversidad de dimensiones a atender (Pedrero, Fernández, Casete, Bermejo, Secades & Tomás, 2008). Un rasgo a mencionar es que en la mayoría de los textos existe una preocupación común por resultados empíricos favorables.

Los tratamientos múltiples o integrales y multidisciplinarios

Surgen ante la necesidad de tratar los problemas de adicción de manera conjunta entre distintas disciplinas, pues sucede que la adicción tiene consecuencias tanto en la persona como en su entorno social, es decir, familiares, amigos, pareja, entre otros; a los cuales, Mario Souza y Domingo Cruz (2008) denominaron Problemas Relacionados con el Consumo (TRC). Otra razón por la cual algunos profesionales apuestan por un tratamiento multidisciplinario es porque consideran que las adicciones son una enfermedad crónica, pues sus problemas

de conducta, físicos y neuronales no se reestablecen luego de dejar de consumir sino que permanecen secuelas de afectación que es preciso atender en el corto, mediano y largo plazo. Por ello, en algunas ocasiones será necesario complementar el tratamiento con diversas terapias que involucren a más de dos disciplinas (Díaz & Fernández, 2013).

En esta línea de pensamiento se encuentra Nanni (2014), quien sostiene que la problemática de las adicciones va más allá de enfocarse solo en el consumo y que se requiere de procesos de rehabilitación de largo tiempo y por periodos repetidos para mejorar la calidad de vida. A ello se suma que los tratamientos deben atender las necesidades particulares de cada persona y apegarse a los ritmos de avance en su recuperación.

Las terapias alternativas

Forman parte de los tratamientos para atender las adicciones, entre las que destacan la auriculopuntura enfocada a disminuir en los pacientes el consumo del tabaco, (Álvarez et al., 2013); la práctica de ejercicio físico como estrategia para la reducción del consumo, así como la disminución del *craving* y la sintomatología de abstinencia, en especial en el caso de la dependencia de nicotina (Siñol et al., 2013), y la escritura emocional como parte del tratamiento psicológico para el cese del tabaquismo. Al respecto, Guadalupe Ponciano y América Morales (2007) afirman que la escritura emocional puede ser una herramienta muy importante en el tratamiento psicológico, pues permite al fumador expresar y compartir sus pensamientos íntimos y vivencias relacionados con el tabaco y el tabaquismo.

El yoga también forma parte de las terapias alternativas en el tratamiento de personas con adicciones, al disminuir los automatismos y la conducta impulsiva, a la vez que incorpora, de forma gradual, conciencia y mesura en sus actos, y aumenta la capacidad de la persona de estar presente, aceptarse a sí mismo y tolerar la frustración (Brito, 2010). Otra terapia catalogada como alternativa son las intervenciones digitales para reducir el consumo de cannabis. Esta opción surge ante la dificultad de cubrir los costos económicos y evitar la estigmatización. Entre las ventajas de la intervención digital está el uso de la entrevista motivacional por medio de Internet y de manera frecuente, se realiza en una única sesión (Muñoz, 2018).

Otra alternativa para el tratamiento de las adicciones es el *mindfulness*, el cual ha sido considerado como complementario a los fármacos. Esta opción recurre a técnicas de relajación para que las personas puedan hablar sobre su adicción (Independientes, 2014). En este rubro también se encuentra la hipnoterapia como complemento en los tratamientos de adicciones como el tabaquismo, el alcoholismo o la drogadicción. La hipnoterapia también es llamada terapia regresiva y consiste en acceder al subconsciente de una persona mediante la hipnosis para resolver y atender cualquier dificultad emocional (Arroyo, s.f.; Independientes, 2014).

La terapia con perros es otra alternativa para afrontar la problemática de las adicciones. Noelia Marín (2016) sostiene que el objetivo es conseguir que las personas mejoren sus habilidades sociales a través de juegos con perros, puesto que se genera un vínculo que ayuda a los adictos en rehabilitación a controlar sus impulsos y sus sentimientos.

Intervenciones grupales

Un elemento de suma importancia corresponde a las distintas modalidades de trabajo grupal, ya sea en grupos de autoayuda o en grupos terapéuticos. Algunos autores consideran que las terapias grupales son más eficaces que las terapias individuales porque las personas

con adicción ven reflejados sus problemas y vacíos en el otro, sienten que no son los únicos a los que les sucede eso y es más fácil que compartan sus experiencias y logren un mayor compromiso con su rehabilitación (Mata, 2014).

La terapia grupal dispone de un modelo de aprendizaje que ofrece resultados más rápidos que la terapia individual, puesto que cuenta con una mayor variedad de técnicas. María Teresa Mata (2012) afirma que de forma inicial se trata de un aprendizaje cognitivo y, posteriormente, conductual, es decir, que la persona interioriza y luego generaliza las conductas aprendidas que pondrá en práctica en situaciones específicas. Bajo esta misma línea, Bachiller et al. (2015) señalan que los grupos ayudan a la persona a mantener la abstinencia, puesto que pueden incluir terapias motivacionales en el proceso de desintoxicación que faciliten su permanencia en el tratamiento. Las terapias grupales trabajan en distintas dimensiones como son la abstinencia, la confianza y el sentido de pertenencia al grupo, que en conjunto, coadyuvan para la permanencia del tratamiento.

Un elemento muy importante dentro de la recuperación de las personas con adicciones tiene que ver con el trabajo realizado en los grupos de autoayuda. Agrupaciones como Alcohólicos Anónimos incluyen a la espiritualidad como parte de la estructura fraternal y la identificación paternal que integra la existencia de un ser supremo, lo cual le da una característica inspiracional y de apoyo (Campuzano, 1996, citado en Santos, 2017). Las y los miembros de la agrupación se comprometen con su abstinencia por largo tiempo, y esto, sumado a la creencia de un ser supremo y a la práctica del servicio, genera una cohesión grupal y un sentido de pertenencia que favorece la solidaridad y el apoyo mutuo para dejar de consumir y mantenerse en sobriedad. Esta estructura y organización está basada en el programa de “Los Doce Pasos”.

Finalmente, un aspecto significativo de AA, se relaciona con el acompañamiento que recibe la persona en rehabilitación mediante la figura denominada como padrino, quien se encarga de guiar a la persona para reconciliarse con la realidad (Chile Psicólogos, 2018) y desarrollar habilidades para su reinserción social.

Farmacología

En la revisión de la literatura, se mencionan estos tratamientos cuando se considera la atención multidisciplinar, pero también hay textos específicos que hablan de la farmacología en el tratamiento de las adicciones de manera particular. Lo primero que hay que considerar es que desde la perspectiva médica, en este caso, farmacológica, se considera a la adicción como una enfermedad crónica, que requiere tratamiento durante la mayor parte de la vida de la persona y como tal, las recaídas y el incumplimiento terapéutico son hechos habituales.

Al considerar a la adicción como una enfermedad, la farmacología tiene mucho que ofrecer para apoyar en el tratamiento. En épocas recientes se ha mostrado un avance significativo en conocimiento con bases neuropsicobiológicas y farmacológicas, entre ellos destaca el trabajo de Cecilio Álamo, Francisco López-Muñoz y Eduardo Cuenca (2000), quienes se enfocan en atender las recaídas, en especial en el momento en que se presenta el *craving*, que se refiere a la experiencia subjetiva de un fuerte o intenso deseo de experimentar las propiedades modificadoras del humor producidas por una droga.

En la búsqueda de tratamientos farmacológicos adecuados en la revisión de la literatura, se encontró que algunos están encaminados al uso de vacunas para prevenir el desarrollo de la adicción, al inicio de la abstinencia de drogas en los adictos o bien, para evitar la recaída

(Montoya, 2008). Uno de los argumentos para recurrir al uso de vacunas es que “se basan en la noción de que el complejo inmunológico del antígeno (estupefaciente) y el anticuerpo forman una molécula de gran tamaño que no puede atravesar la barrera de la sangre del cerebro; por tanto, la droga no puede llegar hasta el cerebro” (Montoya, 2008, p.113), en consecuencia, de acuerdo con Iván Montoya (2008), no se presentará el momento de euforia relacionado con la droga, e incluso, se debilitarán los efectos de refuerzo, con lo que se detiene a la adicción.

En cuanto al tratamiento farmacológico para tratar la abstinencia, se habla del uso de la naltrexona, como una sustancia en la que se puede apoyar al paciente para manejar la abstinencia. Al respecto, Colin Brewer y Emmanuel Streel (2003, p.300) denominan al tratamiento como “abstinencia antagónica–asistida”, precisamente por el uso de medicamentos antagonistas al consumo de drogas. La naltrexona lo que hace es alargar el periodo de abstinencia y suele ser bien recibido por quienes consideran insuficiente el tratamiento psicosocial.

En el caso de la patología dual, resalta el uso de amisulpride en personas con trastorno por consumo de sustancias y comorbilidad asociada, que tiene como finalidad mejorar el distrés psicológico, disminuir del *craving* y mejorar la funcionalidad psíquica y social en el corto, mediano y largo plazo (Lizán et al., 2010).

Tratamientos neurocomportamentales

Solo se encontraron dos textos sobre este tipo de tratamientos. Uno de ellos menciona la técnica de neuroestimulación para modificar la actividad de los circuitos cerebrales, tales como la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT), la Estimulación Transcraneal de Corriente Directa (ETCD), la Estimulación del Nervio Vago (ENV) y la Estimulación Cerebral Profunda (ECP) (García-Toro et al., 2011), las cuales pueden ser un complemento en el tratamiento de las adicciones.

Otro estudio del área neurocomportamental propone hacer evaluaciones a nivel cognitivo en personas adictas, con la intención de prevenir el abandono de los tratamientos e identificar las técnicas y herramientas pertinentes para el proceso de rehabilitación. Tal es el caso del estudio llevado a cabo por Gloria Rojo, Eduardo J. Pedrero, José María Ruíz, Marcos Llanero y Carmen Puerta (2013), quienes aseguran que un déficit cognitivo favorece la deserción al tratamiento así como la frecuencia de recaídas.

Previo al tratamiento

Algunos profesionales reconocen la importancia de realizar acciones previas al tratamiento con la intención de indagar acerca de las necesidades de la persona, predisponerla para llevar a cabo el tratamiento, que permanezca en él e identificar el proceso de rehabilitación adecuado. Para tal efecto, en algunos modelos de tratamiento se realiza la esencia motivacional y la entrevista previa. La Esencia Motivacional (EM) tiene el propósito de ayudar a las personas para que adquieran un compromiso consigo mismas y con su rehabilitación. Para ello, se realiza una entrevista directiva centrada en la persona, en donde pueda reflexionar acerca del deseo de cambiar, los motivos que la llevaron a las adicciones y las consecuencias que le ha traído (Flores & Gantiva, 2009). Esta EM se ha aplicado hasta el momento en personas con problemas de dependencia a sustancias.

Otra opción son las Entrevistas Previas (EP) que se aplican en dos etapas distintas, una de ellas es la de los antecedentes y la otra es en la preparación del tratamiento en personas adictas, en especial cuando se trata de una adicción por consumo de drogas. Las EP se aplican también a los miembros de la familia, con la intención de facilitar el proceso terapéutico y crear las condiciones necesarias que predispongan a la persona adicta y a su familia (Kreither & López, 2001). Cabe señalar que las EP son parte de la estrategia de diagnóstico para diseñar un tratamiento de acuerdo con las necesidades y condiciones de las personas.

Hasta aquí es notable la variabilidad de recursos en el campo de la terapia para ocuparse del problema de las adicciones. Un rasgo que sobresale es su carácter de complementariedad. Al mismo tiempo, se reconoce que cada persona requiere distintos tratamientos y diversos recursos para su rehabilitación, que incluso tienen relación con la fase del tratamiento en el que se encuentre, puesto que inciden en diferentes áreas como sucede con el organismo, el comportamiento, el autoconocimiento y las relaciones con los demás seres vivos. Esto ha contribuido a incluir la multidisciplinariedad en los tratamientos.

CONCLUSIONES

El tema de los tratamientos para las personas con adicciones es complejo, en parte porque la literatura reconoce que su atención dista de iniciar y concluir con la suspensión del consumo sino que es necesario ahondar en las condiciones de la persona y en las consecuencias para sus allegados, a quienes incluso algunos profesionales incluyen en los tratamientos.

Si bien es cierto que el consumo de drogas es complejo, el problema de las adicciones no termina en la sustancia. En la actualidad (tercera década del siglo XXI), el estudio de las adicciones se ha expandido a dependencias asociadas con la conducta que muestran condiciones similares al consumo, y que han sido denominadas como “nuevas adicciones”, refiriéndose a conductas compulsivas y autodestructivas, entre las que destacan la bulimia, la anorexia, la ludopatía, la vigorexia, la codependencia, la ortorexia, tanorexia, workholismo, nomofobia, adicción al sexo, a la pornografía, entre otras.

Un aspecto para resaltar es que los tratamientos han estado orientados por la manera de concebir a las adicciones. En un principio, la atención a las adicciones había sido considerada como una tarea para el área de la salud, donde médicos, psicólogos y psiquiatras tenían una amplia participación, esta se concentraba en las afectaciones bio-neuro-psicológicas, y los tratamientos hacían énfasis en la atención de problemas neuronales y comportamentales, mediante recursos médicos y psiquiátricos —tales como la farmacología— y en terapias del campo de la psicología.

Sin embargo, la atención de las adicciones luego se extendió hacia los motivos que llevaron a la persona al consumo y a las consecuencias relacionales con los miembros de la familia. Al ampliar la forma de concebir la problemática, los procesos de rehabilitación incluyeron terapias orientadas a indagar acerca de las motivaciones para el consumo y se profundizó en la experiencia personal de los adictos. En parte, esto condujo a adecuar los tratamientos a las necesidades de las personas, incluir otras alternativas terapéuticas, e incorporar a las personas adictas en su propio proceso de recuperación; situación que luego se extendió a los familiares, quienes también deben formar parte del tratamiento al ser parte del problema y al mismo tiempo de la solución.

Esta ampliación en la manera de concebir a las adicciones también situó a la persona en una posición distinta. Pasó de ser una persona sin voluntad debido a la afectación neuro-

bio-psicológica por los efectos de las sustancias, a ser considerada como una persona con cierto grado de libertad, con la capacidad de toma de decisiones y con un bagaje de recursos y de experiencias que servirán como punto de partida para elegir el tratamiento adecuado. Esta perspectiva contribuyó a predisponer y motivar a la persona para su rehabilitación.

Otro rasgo importante en cuanto a tratamientos es el cambio epistemológico de considerar que el problema de las adicciones es “tratable” a uno orientado a la rehabilitación, la reinserción social y la mejora en la calidad de vida. La consideración de que la persona se puede rehabilitar está ligada a la idea esperanzadora de retomar un estilo de vida previo al consumo. Mientras que la reinserción trata de que la persona tome de nueva cuenta su lugar en la sociedad, de la que en algún momento se apartó debido a su consumo de drogas. De ahí que los tratamientos no solo dejaron de enfocarse en la abstinencia sino que también pusieron atención en condiciones relativas a la calidad de vida, lo que remite a procesos de largo aliento.

En este sentido, se advierte que los tratamientos pasaron de un periodo de corto plazo, centrado en el consumo, a uno de mediano y largo plazo, considerando que las personas no se recuperan solo dejando de consumir sino que se trata de un problema de fondo ligado a factores biológicos, a un malestar emocional, y a los requerimientos socio-económico-culturales y formas de vida a las que pueden o quieren tener. Ello implicó concebir el tratamiento como un proceso con fases, en donde el avance en la rehabilitación no es lineal, por lo que es probable que se presenten recaídas y ciertos retrocesos asociados con las conductas. Esta situación derivó en un seguimiento como parte del tratamiento con distintas temporalidades y con distintos alcances.

Al concebir a la persona adicta como parte de su proceso de rehabilitación y al recurrir a su experiencia como un recurso para facilitar su recuperación, se acudió a algunas estrategias terapéuticas de acompañamiento. Así, se pasó de concebir los tratamientos centrados en la persona de forma individual a los que incorporan a sus pares, a sus familiares y a profesionales. Muestra de ello son las terapias grupales, cuyos resultados empíricos indican que favorecen el desarrollo de habilidades interpersonales y mejoran la calidad de vida de las personas en rehabilitación, entendiéndose por ello que benefician su salud física y mental, su vinculación con los demás al ponderar valores como la solidaridad, el respeto y la ayuda mutua, el cuidado y el autocuidado, que en conjunto, redundan en mejorar su relación con su entorno. También se trata de un proceso que pasa del aislamiento y la exclusión a uno de inclusión y pertenencia.

Si bien los tratamientos se han diversificado para atender a las personas con adicciones y sus complejas aristas, la mayoría de estos se enfocan al consumo de sustancias, mientras que otros se han abierto para atender las denominadas nuevas adicciones. En este aspecto, la revisión de la literatura muestra que la mayoría de los tratamientos siguen siendo atendidos por el área de la salud y por profesionales de la sociedad civil, a quienes poco se les reconocen sus avances y sus aportes, pero es preciso colocar a las adicciones —en el sentido amplio que incluye al consumo de sustancias y las distintas dependencias— como un problema de salud pública, y como tal, se deben incorporar esfuerzos de actores en distintos contextos, entre ellos instituciones públicas y organizaciones privadas, organizaciones no gubernamentales y sociedad civil.

Para finalizar, se requiere de una política de tratamiento que supere los periodos de elección política y trascienda intereses particulares, para fortalecerse en el corto, mediano y largo plazo, sin tener que ceñirse a un periodo de gobierno. También es de capital importancia

concebir a la persona adicta como ciudadana, con derecho a la salud, a la educación, al trabajo y a tener una posición digna en la sociedad.

REFERENCIAS

- Álamo, C., López-Muñoz, F. & Cuenca, E. (2000). Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones. *Adicciones*, 12(4), 527-539. <https://bit.ly/3vyTVhD>
- Alvarado, S. (s.f.). Adicciones. Repositorio UdeGVirtual. <http://www.adicciones.org/>
- Álvarez, M., Camilo-Colás, V., Camilo-Álvarez, V. Domecq, M. & Revé, M. (2013, noviembre). Efectividad de la auriculopuntura en el tratamiento de fumadores activos. *Medisan*, 17(11), 8051-8056. <https://bit.ly/300q4pk>
- Arias, F. Z. & Correa Uribe, J. E. (2016, enero-junio). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. *El Ágora usb*, 16(1), 231-254. doi: 10.21500/16578031.2262
- Arroyo, S. (s.f.). *Hipnoterapia un tratamiento para tratar adicciones*. Salud180. <https://bit.ly/3fo7zNL>
- Bachiller, D., Grau-López, L., Barral, C., Daigre, C., Alberich, C., Rodríguez-Cintas, L., Valero, S., Casas, M. & Roncero, C. (2015). Grupo motivacional en unidad hospitalaria desintoxicación, su influencia en mantenimiento de la abstinencia y retención al tratamiento tras alta. *Adicciones*, 27(2), 109-118. <https://bit.ly/3vKvUo4>
- Becerra, A. (2008). Influencia de las variables familiares en la drogodependencia: el papel de la emoción expresada. *Revista psicológiacientífica.com*, 10(16). <https://bit.ly/2R7hC1u>
- Bremond, P. (2016, 5 de septiembre). *Comunidades terapéuticas: desarrollo y perspectiva*. Dianova. <https://bit.ly/2SYt9Rr>
- Brewer, C. & Streeb, E. (2003). Implantes de naltrexona: un avance terapéutico, tanto comportamental como farmacológico. *Adicciones*, 15(4), 299-308. <https://bit.ly/3uVLD2Y>
- Brito, C. (2010). Yoga en el tratamiento de adicciones. La experiencia de dos años de práctica de yoga con pacientes del centro de rehabilitación Takiwasi. *Psicoperspectivas*, 9(2), 253-278. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So718-69242010000200012
- Cambio Centro de Apoyo Psicológico. (s.f.). *Terapia psicológica en adicciones*. <https://bit.ly/3fY8Kno>
- Campuzano, M. (1996). Grupos de autoayuda y psicoanálisis grupal. *Addictus*, No.12, 24-30.
- Carlín, M. (2003). Diagnóstico situacional de los centros de tratamiento para usuarios de sustancias adictivas en el estado de Jalisco. *Anuario de investigación en adicciones*, 4(1), 1-9. <http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/AIA/article/view/4528>
- Castillo, M. (2013). *Intervención psicológica para el tratamiento de las adicciones en el Centro de Psicología Clínica Olivencia* [Trabajo académico, Universidad de Almería]. Repositorio Institucional ual. <https://bit.ly/3orl6Z9>
- Chávez, C. & León, C. A. (2018). *Procesos de rehabilitación en sujetos ex-adictos a sustancias psicoactivas* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3eTt5uz>
- Chile Psicólogos. (2018). *Drogadicción: tratamiento contra el abuso de sustancias*. <https://bit.ly/3ystwEf>
- Cordero, M., Cordero, R., Natera, G. & Caraveo, J. (2009). La terapia centrada en soluciones. Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 223-230. <https://bit.ly/3fG83iz>

- De la Serna, J. M. (2018). Tratamiento psicológico de la adicción a la cocaína. *Webconsultas. Revista de salud y bienestar*. <https://bit.ly/3otGI7c>
- Díaz, F. (2016, 8 de agosto). *Aportaciones de la Psicoterapia Gestalt al tratamiento de adicción a las drogas*. Gestalnet. <https://bit.ly/3on9O88>
- Díaz, S. & Fernández, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de psicología*, 29(1), 54–65. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.135131>
- Diccionario etimológico (s.f.a). *Etimología de psicoterapia*. <https://etimologias.dechile.net/?psicoterapia>
- Diccionario etimológico (s.f.b). *Etimología de rehabilitación*. <https://etimologias.dechile.net/?rehabilitacion>
- Diccionario etimológico (s.f.c). *Etimología de terapia*. <http://etimologias.dechile.net/?terapia>
- Diccionario etimológico (s.f.d). *Etimología de tratamiento*. <https://etimologias.dechile.net/?tratamiento>
- Doga, J. (2015). *El uso del Focusing como herramienta para el tratamiento de adictos en recuperación en un programa de Doce Pasos. Una práctica en Costa Rica* [Tesis de licenciatura, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Institucional UCR. <https://bit.ly/3bRPEhF>
- Flores, L. & Gantiva, C. (2009). Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 13–26. <https://bit.ly/3byL5Zs>
- Garbi, S., Touris, M. & Epele, M. (2012, julio). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios / as de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7), 1865–1874. <https://bit.ly/3foYcNH>
- García-Toro, M., Gili, M. & Roca, M. (2011). Nuevas técnicas de neuroestimulación en las adicciones. *Adicciones*, 23(4), 273–276. <https://doi.org/10.20882/adicciones.23.4>
- Garzón, J. (2006). *Programa terapéutico*. Centro Comarcal de Drogodependencias de Berja. <https://bit.ly/3464HA1>
- González, C. & López, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al Cannabis. *Salud y drogas*, 17(1), 15–26. <https://bit.ly/2S4bbws>
- Grupo Gamma. (2018). *Tratamiento de adicciones. Procedimiento*. <https://bit.ly/3eSP7xA>
- Hermosel, B., Hernández, A., Reviriego, R., Rubio, M. & Ventura, R. (2011). *Guía-Protocolo de actuación en personas con trastorno por consumo de cocaína*. Consejería de Salud y Política Social / Junta de Extremadura. <https://bit.ly/3X57cxk>
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 153–170. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619869011.pdf>
- Horcajadas, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Castillo, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A. & Villanueva, V. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/12830>
- Independientes. (2014, febrero). Distintos tratamientos para el abordaje de las adicciones. Parte I. *Independientes. Revista especializada en adicciones*. <https://bit.ly/33S1a8b>
- Instituto de Salud Libertad SAC. (2017). *Tratamiento de rehabilitación intensivo para adictos*. <https://bit.ly/3yiBCPA>

- Kreither, J. & López, C. (2001). Tratamiento de adicciones: una forma de comenzar. *Psyche*, 10(2), 11-22. <https://bit.ly/3eWALfL>
- Lizán, L., Sánchez, A., Palau, C., Llorens, N., Dorado García, M. L. & Romero, F. J. (2010). Tratamiento con Amisulpride de pacientes adictos a sustancias psicoactivas y síntomas psicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 138-146. <https://bit.ly/3bCv9Fg>
- López, C. (2006, mayo). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psyche*, 15(1), 67-77. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100006>
- Lora, M. E. & Calderón, C. (2015). Un abordaje a la toxicomanía desde el psicoanálisis. *Ajayu*, 8(1), 1-24. <https://bit.ly/3bzIzcQ>
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. & Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (act) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 10(1), 141-165. <https://bit.ly/3wBIUCM>
- Marcos, J. & Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 339-362. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/151>
- Marín, N. (2016, 10 de abril). Una terapia con perros para superar la drogodependencia. *El mundo*. <https://bit.ly/3w8IMFc>
- Martí, J., Carballo, J., Cárceles, I., García, A. & Gómez, R. (2012). Tratamiento Psicosocial de las adicciones basado en el modelo matrix en un centro público: un estudio piloto. *Salud y drogas*, 12(2), 253-272. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83924965005.pdf>
- Martínez, J., Graña, J. & Trujillo, H. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21(2), 105-112. <https://bit.ly/3wjBMEB>
- Mata, M. T. (2012). *La desintoxicación y deshabitación al consumo de tóxicos* [Entrevista a Marina Comín Safón]. Mensalus. <https://bit.ly/3wcb4xw>
- Mata, M. T. (2014). *La terapia grupal en el tratamiento de adicciones. Mucho más que una herramienta terapéutica* [Entrevista a Luz Rodríguez Ruíz]. Mensalus. <https://bit.ly/3ylgx6T>
- Menéndez, E. L. (2009, enero-abril). De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos. *Desacatos*, No.29, 107-120. <https://bit.ly/3wflU4C>
- Montoya, I. (2008). Inmunoterapias para las adicciones a las drogas. *Adicciones*, 20(2), 111-116. <https://doi.org/10.20882/adicciones.274>
- Muñoz, C. (2018, julio). Revisión sistemática de intervenciones digitales para la reducción del consumo de cannabis. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 4(1), 53-68. <https://bit.ly/3wG6BmW>
- Nanni, R. I. (2014, enero-marzo). Tratamiento de los trastornos adictivos. *Adicciones*, 65(1), 78-89. <https://bit.ly/3ysKz9d>
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf
- Orgillés, P. (2011). Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. *Revistas Científicas Complutenses*, Vol.6, 135-149. https://doi.org/10.5209/rev_ARTE.2011.v6.37089
- Orixe Adiccions. (2019). ¿Qué es el modelo Minnesota? Una buena base para construir el Programa Recovery. <https://bit.ly/33VTkKN>

- Pascual, J. (2016). *El tratamiento de las dependencias desde la Terapia Breve Estratégica* [Blog]. <https://bit.ly/3uZJvY1>
- Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. & Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol. <https://bit.ly/3bzUzn5>
- Pedrero E. J., Rojo G., Ruiz, J. M., Llanero, M. & Puerta C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52(3), 163–172. <https://neurologia.com/articulo/2010513>
- Perea, L. F. (2017). La Terapia de Aceptación y Compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 99–121. <https://doi.org/10.21501/24631779.2264>
- Plan director de salud mental. (2011). *La psicoterapia en la red pública de salud mental*. Dirección General de Planificación; Generalitat de Catalunya. <https://bit.ly/3v18dY3>
- Ponciano, G. & Morales, A. (2007). La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. *Salud Pública de México*, 49(S2), 280–289. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16778>
- Programa Victoria. (2015). Tratamiento de alcoholismo, cocaína y otras adicciones. <https://www.programavictoria.com/alcohol>
- Puerto, F. J. & Barrera, J. (2014, noviembre–diciembre). La psicología de la salud y la terapia ocupacional, pilares de la intervención en personas con conductas adictivas. *Trances*, 6(6), 373–406. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6427407>
- RAE. (2023). Rehabilitar. *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/rehabilitar>
- Riveros, M. C. & Garzón, D. I. (2014, enero–diciembre). Terapia familiar en problemas de adicción: narrativa conversacional y reconfiguración de identidades. *Revista Latinoamericana de Estudios de la Familia*, Vol.6, 211–226. <https://bit.ly/4e15QL8>
- Rodríguez, C. A., Echeverría, L., Martínez, K. I. & Morales, S. (2017, enero–junio). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(1), 16–37. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.1.03>
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina-Mora, M. E. (2011, julio–agosto). Revisión sistemática de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351–365. <https://bit.ly/3hEvU17>
- Rojo, G., Pedrero, E. J., Ruíz, J. M., Llanero, M. & Puerta, C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de Neurología*, 56(3), 129–136. <https://doi.org/10.33588/rn.5603.2012628>
- Rubio, B., Benito, A., Juan, M., Francés, S., Real, M. & Haro, G. (2015). Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (tpmb-d) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(3), 61–79. <http://hdl.handle.net/10550/54877>
- Ruíz, R. & Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud*, 27(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.001>
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. & Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6(3), 159–166. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(04)70159-2)
- Sánchez-Hervás, E. & Tomás, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 3(1), 21–27. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(01\)70004-9](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(01)70004-9)

- Sánchez, J. (2017). *Cómo abordar la drogodependencia desde la Psicología*. Topdoctors. <https://bit.ly/2S7Taoj>
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F., Roncero, C., Begoña Gonzalvo, J. & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), 107-113. <https://www.psicothema.com/pi?pii=3857>
- Santaella, V. (2017, 17 de julio). *Cómo superar una adicción con terapia conductual*. Cenit Psicología. <https://cenitpsicologia.com/blog/como-superar-una-adiccion/>
- Santos, A. (2017, 13 de enero). 4 técnicas de terapia útiles en el tratamiento conductas adictivas relacionadas con el alcohol, el tabaco o las drogas. *Artículos de Psicología*. <https://bit.ly/3oF5Ojy>
- Secades, R. & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380. <http://hdl.handle.net/10651/26905>
- Siñol, N., Martínez-Sánchez, E., Guillamó, E., Campis, M., Larger, F. & Trujols, J. (2013). Efectividad del ejercicio físico como intervención coadyuvante en las adicciones: una revisión. *Adicciones*, 25(1), 71-85. <https://bit.ly/3bBE61G>
- Solé, J. (2000). Tratamiento del paciente cannábico. *Adicciones*, 12(2), 301-314. <https://doi.org/10.20882/adicciones.686>
- Souza, M. & Cruz, L. (2008). Acerca de las mejores prácticas terapéuticas para el abuso / adicción de psicotrópicos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(4), 313-316. <https://bit.ly/2RwYme6>
- Talego, F. & Reigada, A. (2005). Creencias sobre las adicciones y terapias para superarla. En O. Romani, C. Larrea & J. Fernández (Coords.), *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales* (pp. 199-215). Donostia; Ankulegi Antropologia Elkarte. <https://bit.ly/3u39hcH>
- Torres, V. (2017, 24 de junio). Terapia virtual para adicciones y fobias. *El Observador*. <https://www.cromo.com.uy/terapia-virtual-adicciones-y-fobias-n1088689>
- Ulivì, G. (2000). Terapia Breve Centrada en la Solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. *Adicciones*, 12(3), 425-430. <https://doi.org/10.20882/adicciones.652>

La sabiduría de la esperanza: Alcohólicos Anónimos

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ, CASIMIRO ARCE ARRIAGA
Y FRIDA DE LA PAZ AVILA

A lo largo del presente tomo se ha hecho énfasis en la problemática que representa el aumento en la prevalencia de las adicciones a escala mundial. De igual manera, se ha realizado un desglose de los esfuerzos de diferentes sectores —como el académico, gubernamental y el referente a las y los profesionales de la salud— en la comprensión, prevención y tratamiento de las adicciones.

Existen muchos y diversos tipos de tratamientos y programas que buscan apoyar a las personas que padecen una adicción para que logren la sobriedad y una mejora en su calidad de vida. Entre la multiplicidad de opciones terapéuticas, se encuentra la propuesta hecha por la organización no gubernamental de Alcohólicos Anónimos (AA).

El programa de Alcohólicos Anónimos es una de las propuestas de rehabilitación de adicciones con mayor presencia alrededor del mundo. Además de ser la colectividad de autoayuda y ayuda mutua más conocida, extendida y de mayor impacto en la sociedad mexicana (Mercado & Briseño, 2014). Según Georgia Pelegrino, Glenda Pérez, Delia Duconger, María Martínez y Graciela Ramírez (2015), para 2015 AA estaba presente en más de 180 países y contaba con más de 2 millones de miembros; de manera adicional, de acuerdo con la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos A.C. (2019a), en México existen 841 grupos de autoayuda y ayuda mutua, que con base en el programa de los Doce Pasos hacen frente a la compleja problemática de las adicciones.

A pesar de que AA surgió en respuesta a las problemáticas específicas de personas alcohólicas, en la actualidad (tercera década del siglo XXI) su propuesta es utilizada para el tratamiento de otros tipos de adicciones y problemas de índole emocional. De tal forma que se han ido configurando comunidades que adoptan el adjetivo de “anónimos” y que tratan problemáticas tales como la adicción al sexo, la ludopatía, la codependencia y la neurosis (Mercado & Briseño, 2014; López, 2015).

Son varios los recursos que AA utiliza para el tratamiento y rehabilitación en adicciones, entre ellos, destaca el papel de su literatura. Entre las pretensiones de la vasta producción literaria producida por las y los integrantes de la organización, resalta la de divulgar un mensaje de esperanza, sobriedad y bienestar a las personas que sufren “la enfermedad del alcoholismo”, así como a las personas cercanas a ellos y ellas, y la de recuperar las experiencias de consumo, destrucción y recuperación de los miembros de la comunidad, además de enunciar los principales cimientos terapéuticos y espirituales del programa, los cuales sirven para la reflexión y el trabajo cotidiano individual de los miembros del grupo.

Tener una noción de la literatura de AA es imprescindible para entender el alcance y la diversidad de la propuesta de la organización, puesto que permite la comprensión tanto del funcionamiento organizacional como de los principios y fundamentos que rigen la práctica

terapéutica de una colectividad que funge como una de las principales fuerzas para el tratamiento y recuperación de las adicciones en México.

Este capítulo retoma, en primer lugar, los antecedentes históricos de AA, así como los principales fundamentos del programa de los Doce Pasos y características de la terapéutica empleada dentro de los grupos de AA. Posterior a ello, se expone una breve descripción de los principales textos para AA, así como sus aportes para la atención y tratamiento de las adicciones. Este último apartado es resultado de la consulta del acervo de la literatura de AA; así como de una entrevista realizada a Antonio Urueta, un integrante de la comunidad de AA con más de 40 años de sobriedad, quien además de ser “padrino”, se ha especializado en el estudio de la literatura de AA, y se desempeñó como custodio¹ de la Central Mexicana de Servicios Generales de AA durante los años en que se publicó el libro sobre la historia de AA en México, en 1996. Por lo mismo, a lo largo del texto se intercalan viñetas reflexivas, producto de la entrevista aludida.

El presente trabajo busca mostrar la historia de millones de héroes anónimos, los alcohólicos que pertenecen a una agrupación que tiene más de 80 años de existencia y que se han dedicado al entendimiento y atención del complejo problema de las adicciones. La biografía colectiva e individual se encuentra plasmada en una serie de libros, folletos, manuales y revistas que han fungido como conformación identitaria de la propia comunidad y como orientación para otros profesionales, integrantes de la sociedad civil y público en general interesados o afectados por las adicciones y sus concomitantes.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS, FUNDAMENTOS Y PROPUESTA TERAPÉUTICA DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

El surgimiento de AA data de 1935, aunque remite sus antecedentes a una conversación que el psicoanalista Carl Jung mantuvo con uno de sus pacientes alcohólicos, Rowland Hazard. Según la historia registrada en la literatura de AA, tras varias recaídas, Jung se declaró impotente en el tratamiento del alcoholismo, y afirmó que ya había hecho todo lo posible desde la ciencia y la medicina. No obstante, puntualizó que Rowland solo podría alcanzar su rehabilitación a través de una experiencia espiritual o religiosa que “transformara su espíritu” (Mercado & Briseño, 2014; López, 2015).

Tal afirmación es considerada como una piedra angular para la fundación de AA, ya que representó el primer eslabón de una serie de interacciones que terminarían por llegar al cofundador de AA, William Griffith Wilson (Bill W.). Además, da una noción acerca de cómo era el tratamiento en las adicciones a principios del siglo XX. De acuerdo con David López (2015), en el contexto norteamericano donde se gestó AA, los tratamientos profesionales dirigidos a adictos, en particular a los alcohólicos, no estaban lo suficientemente desarrollados y se caracterizaban por su inaccesibilidad. Asimismo, aunque los casos más graves se derivaban a instituciones psiquiátricas, las pólizas de seguro no incluían los daños causados por el alcohol y las drogas. Es decir, que la clínica se encontraba con limitaciones significativas, económicas, teóricas y prácticas para el tratamiento y la rehabilitación de las personas que contaban con una adicción.

1. El cargo de custodio es uno de los más importantes dentro la organización de AA; consiste en vigilar que el funcionamiento de la organización vaya acorde con los principios del programa de AA.

En el momento en que se le afirmó la imposibilidad de un tratamiento médico y psiquiátrico, Rowland acudió a los Grupos Oxford, una congregación terapéutica cristiana de corte protestante. Bajo el liderazgo de los pastores luteranos Samuel Shoemaker y Frank Bucean, los Grupos Oxford plantearon un “Método de reconciliación con Dios” para el tratamiento del alcoholismo, que era concebido como un signo de la ausencia de Dios (Mercado & Briseño, 2014). El método se fundaba en cuatro principios éticos de la iglesia protestante: la ética en el trabajo, la preocupación por el prójimo, la reparación del daño causado, y el trabajo en equipo (Villarino, 2005, citado en Mercado & Briseño, 2014); elementos que años después se retomarían en los fundamentos de la terapéutica de AA.

A través de los Grupos Oxford, Rowland, al igual que otro cierto número de adictos, logró su rehabilitación y empezó a transmitir su experiencia a varias personas que también tenían problemas de consumo; entre ellas, se encontraba un conocido de Bill W. llamado Edwin Tacher (Ebby), quien de igual manera había logrado la sobriedad. Ahora bien, Bill W. padecía las consecuencias de severos episodios alcohólicos que lo habían llevado a frecuentes hospitalizaciones y a la ruina tanto económica como social. En tratamiento con el doctor William Silkworth, Bill W. comprendió a su alcoholismo como una enfermedad progresiva y mortal, de la cual, según el dictamen del doctor, tampoco tendría cura (Mercado & Briseño, 2014).

A punto de ser internado en una institución psiquiátrica, Bill W. recibió la visita de Ebby, quien le compartió su experiencia en los Grupos Oxford. Al respecto, Bill W. relata: “Por su afinidad con mi sufrimiento, le era posible comunicarse conmigo en profundidad. Me di cuenta inmediatamente de que yo tendría que pasar por una experiencia parecida a la suya, que era para mí una cuestión de vida o muerte” (Alcohólicos Anónimos, 1995).

Entonces bien, en búsqueda de su sobriedad, Bill W. regresó con el doctor Silkworth y aunque se desintoxicó, padeció de una profunda depresión que, en palabras de Asael Mercado y Pablo Briseño (2014), “Lo llevó a sentirse en el momento más vacío de su vida” (p.14). En su desesperación, exclamó: “Si existe un Dios, ¡que se manifieste!” (Alcohólicos Anónimos, citado en Gutiérrez, 2015), y en ese momento vivió una “experiencia religiosa”, en donde vio una repentina luz blanca que se apoderó de él y le hizo entrar en una sensación de éxtasis indescriptible que lo liberó de su dependencia al alcohol (Mercado & Briseño, 2014).

A partir de esta experiencia de tipo religiosa, Bill W. se apoyó en lo espiritual como camino hacia la sobriedad (Gutiérrez, 2015; Mercado & Briseño, 2014), y empezó a transmitir el mensaje de su recuperación por varias ciudades de los Estados Unidos; hasta que en Akron, Ohio, un pastor le comentó del caso de Robert Smith (Dr. Bob), quien, a pesar de su participación en los Grupos Oxford, no había podido resolver sus problemas de alcoholismo.

Se concertó un encuentro en donde Bill W. relataría al doctor Dr. Bob su experiencia para alcanzar y mantener su sobriedad al tratar de ayudar a otros alcohólicos a permanecer sobrios, y le intentó convencer de que el alcoholismo es una enfermedad mental de las emociones y del cuerpo (Pelegrino, Pérez, Duconger, Martínez & Ramírez, 2015). En tal encuentro, ambos discutieron dos puntos que son base para lo que después se conformaría como la fraternidad de AA: el reconocimiento del alcoholismo como una enfermedad y la importancia de ayudar a otros alcohólicos para poder sostener la recuperación propia.

De acuerdo con Pelegrino et al. (2015), a raíz del encuentro, Bill W. y el Dr. Bob trabajaron inmediatamente con los alcohólicos internados en el Hospital Municipal de Akron, ahí se percataron de que en gran medida, la capacidad de permanecer sobrios se vinculaba con la ayuda y el estímulo que brindaban a los otros alcohólicos. En 1946 fue posible para Bill W. y el Dr. Bob llegar a algunas conclusiones a partir del análisis de las actitudes, funciones

y costumbres de los adictos internalizados, que junto con la propia experiencia, serían las bases y objetivos de AA.

Para 1950 se pudo enunciar y poner en práctica una fórmula útil para el funcionamiento y unidad de la agrupación (Pelegrino et al., 2015). A partir de ello comenzó la expansión de grupos y de sus miembros por todo Estados Unidos y el mundo, demostrando que la sobriedad se podía producir en masa (Gutiérrez, 2015; Pelegrino et al., 2015).

Según Alejandro Gutiérrez (2015), frente al éxito del programa y debido a su rápido crecimiento, se elaboraron los principios básicos de la organización con la finalidad de darle un carácter de legitimidad y credibilidad ante la sociedad, los cuales se ven reflejados en el “Enunciado”:

Alcohólicos Anónimos® es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad (Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos A.C., 2019b).

Cuatro años después de su fundación, Bill W. publicó *Alcohólicos Anónimos*, “El libro grande” o “El libro azul” de AA, en donde presenta tanto la metodología como el método terapéutico, y se manifiesta que para cumplir su rehabilitación, los miembros han de aceptar un programa de doce pasos y doce tradiciones; posteriormente, en 1951, se publican los Doce Conceptos.

De acuerdo con Gutiérrez (2015) y Pelegrino et al. (2015), en la comunidad de AA los Doce Pasos son los principios que fungen como base para la recuperación del alcohólico, y su práctica conduce a la obtención de la sobriedad; las Doce Tradiciones, por su parte, abordan temas de “unidad”, que tienen que ver con principios que permiten una buena relación entre miembros y la comunidad exterior; finalmente, los Doce Conceptos se refieren a los principios y al procedimiento de servicio de los alcohólicos. En conjunto, son conocidos como los Tres Legados, considerados como una guía para los valores espirituales (Gutiérrez, 2015).

Los Doce Pasos conciben a la adicción como un síntoma de los defectos de carácter del adicto, los cuales le llevaron al consumo incontrolable, tales como la carencia de control de las emociones y la falta de aceptación de la realidad. En ese aspecto, AA considera que las adicciones evidencian los problemas más profundos del ser humano, y la problemática manifiesta del consumo es solo la punta del iceberg. El programa de recuperación puede ser comprendido en cinco fases básicas:

1. La admisión de la enfermedad del alcoholismo.
2. Catarsis y análisis de la personalidad.
3. Readaptación de las relaciones interpersonales.
4. Dependencia de un “Poder Superior”.
5. Trabajo con otros alcohólicos.

Como ya se mencionó, el programa de los Doce Pasos está influenciado por el método de reconciliación de los Grupos de Oxford, y las experiencias espirituales y religiosas de sus fundadores; además, surge de manera natural del apoyo mutuo y solidario de dos alcohólicos (López, 2015). Por ende, en las cinco fases se puede ver reflejada la experiencia e historia de vida que resultaron clave en el proceso de rehabilitación de los fundadores, y que son sistematizados con el objetivo de poder compartir “la esperanza” de una recuperación a otras personas que también viven algún tipo de adicción. Apoyados a su vez en una modalidad de terapia grupal, el método catártico y el servicio, fundamentados en el autoanálisis, la confesión pública y el amor a otros (Mercado & Briseño, 2014).

La primera fase consiste en la aceptación del alcoholismo como enfermedad, y la incapacidad de control sobre la bebida. La segunda fase comprende el análisis de la personalidad, en donde por medio de la autorreflexión, el adicto puede descubrir las causas que le llevaron al consumo, vinculadas con los siete pecados capitales; el adicto reconoce que pudo haber sido demasiado orgulloso, vanidoso, iracundo, etcétera. Ahora bien, solo a través del reconocimiento y la aceptación de esas “fallas” de carácter, sabrá cuáles son sus limitaciones y sus alcances, y podrá estar en mayor disposición para el cambio. Una vez hecho este paso, se le dará la oportunidad de la catarsis, ya sea con un psiquiatra, un consejero espiritual, en tribuna, o con un miembro experimentado de AA (Alcohólicos Anónimos, s.f.a).

La tercera fase indica que la forma incontrolada de consumo deterioró las relaciones personales del adicto, y ha de hacer un reajuste mediante el resarcimiento de daños que ocasionó a los demás, de forma física y moral. La cuarta fase consiste en la dependencia a un Poder Superior, algo más fuerte que el adicto, tal como él lo entienda, y para finalizar, en la fase cinco, se busca que el alcohólico canalice su energía y dedique el tiempo del consumo a ayudar a otros que están en recuperación (Alcohólicos Anónimos, s.f.a).

Las fases tienen como objetivo último la sobriedad, la cual va más allá del cese del consumo. Para AA, la sobriedad significa: “aprender a vivir en la abstinencia a través de un continuo crecimiento emocional que permita alcanzar la madurez” (Di Pardo, 2009). Esto implica la puesta en práctica de cualidades como la libertad, la honestidad y la humildad.

Ahora bien, disciplinas como la antropología, la sociología y el psicoanálisis se han interesado tanto en la terapéutica como en la forma de organización de estos grupos de autoayuda y ayuda mutua, los cuales se han enriquecido de manera lírica con perspectivas de diferentes marcos teóricos. María Montaña (2014) expone cómo desde el marco psicoanalítico de Winnicott, el acompañamiento de grupos de AA se puede pensar como un ambiente de contención al promover una interacción positiva entre sus miembros, apoyo mutuo, confrontación indirecta de conductas egosintónicas, e idealización de los miembros recuperados; elementos que facilitan el desarrollo de las funciones del yo.

También se ha subrayado cómo los grupos de autoayuda y ayuda mutua funcionan en respuesta social a la desintegración de los sistemas que antes brindaban soporte y apoyo a la población, tales como la familia, la iglesia y la comunidad, así como ante las carencias de servicios para tratamiento y las crisis en instituciones formales. Al no existir instancias que contengan y satisfagan las necesidades de la población, pueden darse movilizaciones colectivas que permitan que las personas que padecen de alguna problemática encuentren ayuda sin la dependencia tanto profesional como burocrática (Rosovsky, 2009). Al respecto, es posible observar cómo los orígenes de asociaciones como AA no se fundamentan en meras casualidades individuales, en casos imposibles aislados, o en este caso, en experiencias espirituales

reveladoras sino en problemáticas sociales que se reflejaban en el padecimiento de miles de personas con un malestar que parecía imposible de atender y que demandaba una solución.

El grupo se comprende como aquella herramienta terapéutica que brinda la contención, comprensión y acompañamiento que no se pudo obtener de otras instancias. Haydée Rosovsky (2009) señala que además de la identificación en el alcoholismo, las y los miembros de AA se identifican en temas vinculados con su clase e identidad social, por lo que encuentran apoyo y aceptación que trasciende al mero consumo.

Este punto adquiere una particular fuerza si se parte de la comprensión de los adictos como sujetos estigmatizados. Al respecto, Gilberto Jiménez (1997) hace énfasis en cómo las organizaciones sociales conformadas por personas estigmatizadas permiten la acción colectiva gracias al común sentimiento de pertenencia, y Campuzano (1996, citado en Mercado & Briseño, 2014) considera que lo que provoca que los grupos de autoayuda logren la acción de cambio tiene que ver con una alteración crítica de la autopercepción, posibilitada por el hecho de compartir un problema común.

Dentro de estos lugares comunes, es que es posible la confesión pública como recurso terapéutico. La confesión pública se deriva del método catártico, comprendido como la cura por la palabra. Los miembros de la organización hablan en primera persona, y exponen sus historias de vida y el historial de su adicción ante los otros. Exteriorizan todo lo que les causa malestar emocional, que a su vez funge también como un “puente de comprensión” a sus problemas emocionales, por medio de las experiencias compartidas (Mercado & Briseño, 2014).

Asimismo, los programas de AA han demostrado su efectividad en la rehabilitación por adicciones. David Best (2016) comenta, con base en una revisión exhaustiva de literatura, que tales efectos pueden deberse a la creación de redes sociales positivas y solidarias, al aumento de autoeficacia en términos de abstinencia y al elemento espiritual que brinda el programa. Sin embargo, menciona que sigue existiendo una disputa entre estos grupos y el saber “profesional”, caracterizada por una desconfianza mutua.

No obstante, López (2015), citando a Moos (2008), afirma que se han identificado elementos terapéuticos compartidos entre los grupos de AA e intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales profesionales, tales como: “el apoyo, orientación y estructura; modelos y normas orientados hacia la abstinencia; compromiso con otras actividades gratificantes; adquisición de autoeficacia; y estrategias de afrontamiento”.

Más allá de la desestimación automática, muchas veces fundamentada en el prejuicio, el autor propone admitir que ambas posturas son válidas y tienen el potencial de enriquecerse de forma mutua. Reflexión que es de igual manera compartida por Best (2016), quien además menciona cómo los grupos de ayuda mutua representan un mecanismo para extender el cambio positivo a través de recursos tanto personales como sociales, en especial en los tiempos en donde la demanda de tratamiento en adicciones rebasa la capacidad de atención de las y los profesionales de la salud.

En concordancia con tales posturas, se considera relevante retomar la perspectiva de AA para el estudio, prevención y tratamiento de las adicciones. Como se desglosó a lo largo del capítulo, AA demuestra una larga historia y trayectoria, y debe sus fundamentos tanto a principios espirituales y religiosos como a la sistematización de la experiencia de varias personas que, desde su adicción, elaboraron métodos que pudieran ofrecer un mensaje de esperanza, sobriedad y bienestar a personas que también presentan alguna adicción.

Si bien no se desdeña el “saber especializado”, es fundamental retomar los conocimientos de estos sujetos que desde el propio padecimiento elaboraron un programa que en la actua-

lidad sigue ayudando a miles de personas en la búsqueda de la sobriedad, y que ha devenido en una herramienta fundamental, tanto para los miembros de la comunidad como en el ámbito terapéutico y organizativo. A forma de recuperación de estas propuestas alternativas de la sociedad civil, a continuación se presentan breves reseñas de algunos de los textos más importantes para AA.

LA LITERATURA EN ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

El éxito de AA se debe a sus valores y formas de tratamiento desde la experiencia de otros que comparten el mismo padecimiento, pero también por el papel que ha desempeñado la literatura, que desde sus comienzos ha servido para difundir el mensaje de AA a más lugares y personas, y establecer los fundamentos del funcionamiento de la organización y de los grupos. Los objetivos principales de la literatura de AA son: “Mantener la pureza del mensaje de AA, para evitar desviaciones, impulsar el crecimiento de AA, por sí mismo” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Ante la vasta producción de literatura, existen algunos libros que se podrían considerar como los más importantes, ya que relatan las bases espirituales para el tratamiento de los miembros, pero también los principios organizacionales y estructurales de la comunidad. Entre ellos se encuentran: *Alcohólicos Anónimos* (“El libro grande” o “El libro azul”); *El lenguaje del corazón*; *Tal como lo ve Bill W. La manera de Vivir de AA*; *el libro Doce Pasos y Doce Tradiciones*; *Alcohólicos Anónimos llega a la mayoría de edad*; *Reflexiones diarias*.

A continuación se presenta una descripción breve de esos libros, su historia y contenidos, con el objetivo de brindar un panorama general de lo que se escribe y reproduce en AA. La trascendencia del contenido y conocimiento de estos libros radica en que son parte de los cimientos ideológicos y funcionales de la comunidad, además de ser herramientas terapéuticas de gran relevancia y utilidad para el individuo en su vida cotidiana.

El libro *Alcohólicos Anónimos*

El libro *Alcohólicos Anónimos*, que también es conocido como “El libro grande” o “El libro azul” fue el primer libro escrito por Bill W., publicado desde y para la comunidad de AA, y es considerado como el libro más importante para la comunidad de AA a escala mundial (Oficina de Servicios Generales, 2017). Fue gracias a su publicación que “se creó la editorial, se creó la primera Oficina de Servicios Generales en Nueva York. Que fue el principio de todos los demás que surgieron, además, en la misma editorial, le dio origen al nombre de la agrupación” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

El libro sentó las bases de lo que ahora es la comunidad de Alcohólicos Anónimos, así como el nombre que llevaría la organización. Este texto también se conoce como *El libro grande*, por tener ediciones en formato de gran tamaño, y en México se le conoce como “El libro azul”, por el color de su portada en la edición en este país. Este libro es un reflejo de la conciencia de la fraternidad de la comunidad de AA y es una de las principales fuentes de esperanza para los miembros de la comunidad, según lo refieren ellos.

El libro azul ofrece una mirada que permite derrumbar las barreras y estigmas sobre el alcoholismo y las personas adictas, al pasar de verlos como personas inútiles y desviadas, a considerar el alcoholismo como una enfermedad. Esto no solo ha transformado el entendimiento del alcoholismo desde lo social sino que les ha aportado a los mismos sujetos que

padecen esta condición la posibilidad de identificar lo que les pasa y saber que deben buscar ayuda, lo que acompañado de los otros valores del programa de AA, les permite lograr una recuperación óptima (Alcohólicos Anónimos Un Camino a la Libertad, 2013).

El libro *Alcohólicos Anónimos* se publicó por primera vez en abril de 1939, tiene cuatro ediciones en inglés y tres ediciones en español (Alcohólicos Anónimos, s.f.a; Oficina de Servicios Generales [OSG], 2017). Hay traducciones a 22 idiomas y es el segundo libro más traducido después de la Biblia (OSG, 2017). Además, fue incluido por la Biblioteca del Congreso de Estados Unidos en su selección: “Libros que dieron forma a ese país”, ya que es un libro capaz de transformar individuos y por lo tanto a la sociedad (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

A pesar de las diversas ediciones que ha tenido, se ha mantenido en todos los 11 capítulos que se refieren a la parte “teórica”, donde se fundamentan los principios espirituales, postulados en el programa de AA. Lo que cambia entre las ediciones es la actualización de los testimonios personales de las personas en recuperación, con el fin de acercarse a poblaciones más específicas, para demostrar con ellas la utilidad del programa (Alcohólicos Anónimos, s.f.a). En cuanto a las presentaciones del libro *Alcohólicos Anónimos*, está la versión completa, que tiene las historias personales; la versión abreviada, que no tiene las historias personales, y la versión abreviada de bolsillo (OSG, 2017).

La primera edición en inglés, publicada en Nueva York en 1939, contenía el programa espiritual de Alcohólicos Anónimos los Doce Pasos. La segunda edición en inglés escrita en 1955, contemplaba el crecimiento y expansión de la comunidad y buscaba reafirmar la utilidad como un programa que podía funcionar en cualquier parte del mundo. En esta edición se añadieron apéndices como: “La opinión del médico”, y las “Nuevas experiencias”, seleccionadas por Bill W., que buscan aportar al carácter de “universalidad”, mediante testimonios que apelarán a todo tipo de personas (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

En la tercera edición en inglés, escrita en 1976, se buscó hacer hincapié en el prólogo sobre la creciente presencia de las mujeres como miembros del grupo. Aunque en esta edición el fundador Bill W. ya había muerto, se continuó con la inclusión y renovación de los testimonios, que en esta ocasión buscaban expresar el funcionamiento de AA para unir generaciones, al acercar a los miembros y al programa a las personas jóvenes, pese a los conflictos crecientes por el rechazo de estas a los valores sociales establecidos (OSG, 2017).

En la cuarta edición en inglés, publicada en 2001, como en la tercera edición, el prólogo no solo hace referencia al incremento a escala mundial de los miembros sino a las nuevas dinámicas en las agrupaciones con el uso del Internet, por ejemplo, con la posibilidad de llevar a cabo reuniones en línea o discusiones mundiales en foros, o posteriormente en las redes sociales. Esta cuarta edición busca reafirmar que el programa espiritual funciona para cualquier alcohólico que quiera dejar de beber de manera voluntaria, en cualquier parte del mundo, y generación tras generación, y que el programa se puede adaptar y servirse de las herramientas que sean necesarias para permitir a más personas incluirse. En esta edición se utilizaron testimonios de miembros recientes del grupo (OSG, 2017).

En sus traducciones al español, la primera edición se realizó en la Central de Nueva York en 1986, con base en la tercera edición en inglés de 1976. La primera edición en español no incluyó a las historias personales, salvo una titulada: “La pesadilla del Dr. Bob”; debido a ello, en algunos países como fue el caso de México, se añadieron testimonios de miembros locales.

La segunda edición en español fue impresa en 1990 y es, con exactitud, el mismo contenido que el de la primera: el prólogo, “La opinión de un médico”, los capítulos del 1 al 11, “La pesa-

dilla del Dr. Bob”, y en esta ocasión se incluyeron testimonios de miembros hispanohablantes seleccionados desde Nueva York. Sin embargo, en México esta edición no fue utilizada y se continuó utilizando la versión de 1986 con un suplemento de historias de miembros mexicanos, llamada: “Alcohólicos Anónimos con historias personales”.

La tercera edición impresa en español fue en 2008, en la cual se agregaron 32 testimonios de los miembros de los distintos países hispanohablantes, elegidos desde el Comité General en Nueva York (OSG, 2017). Las distintas ediciones en inglés, español, así como en alemán, tienen su propia historia de producción y distribución (OSG, 2017).

El libro por sí solo comparte los valores y formas básicas del programa en los 11 capítulos base, y solo ha tenido modificaciones en el prólogo y las historias de los miembros, los cuales reflejan el alcance del programa a partir del tiempo, el espacio y los tipos de adicciones. Los testimonios que se han presentado en las diferentes ediciones de *El libro grande* son mensajes de esperanza para los que van llegando a la agrupación, pero también para los miembros antiguos, ya que sirven como ejemplo de la posibilidad y capacidad del programa para alcanzar de manera satisfactoria la sobriedad y una vida más tranquila (Alcohólicos Anónimos. Un Camino a la Libertad, 2013). En resumen, el apartado de los testimonios personales se ha caracterizado por mostrar aspectos determinantes como la efectividad, la universalidad, la intemporalidad y la trascendencia del programa de AA (OSG, 2017).

El libro *Alcohólicos Anónimos* es una herramienta y referencia indispensable para todos los grupos de autoayuda que han surgido después de AA. Es una obra que no solo ha trascendido el espacio y el tiempo sino que ha sido capaz de abordar otro tipo de problemáticas además del alcoholismo, como pueden ser las conductas adictivas relacionadas con trastornos alimenticios, sexuales, afectivos, la ludopatía, entre otros, así como el consumo de todo tipo de sustancias. Existen “cientos de grupos de autoayuda, y todos se basan en los Doce Pasos formulados en el quinto capítulo de este libro” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Para la creación del capítulo cinco, en el que se desarrolla el funcionamiento básico del programa a partir de los Doce Pasos, Bill W. se inspiró en gran medida en los principios del Grupo Oxford, en donde había participado antes de fundar AA, así como en las ideas de William James y del doctor Silkworth. A partir de los seis pasos desarrollados en este programa, Bill W. escribió los Doce Pasos de AA, que para su autor sumaban un valor simbólico por el número, ya que hacen referencia a los doce apóstoles (Alcohólicos Anónimos. Un Camino a la Libertad, 2013).

Según Antonio Urueta (comunicación personal, 2020) la trascendencia e importancia del libro para el tratamiento de las adicciones se debe a su fuerza curativa y espiritual, que ha atraído a diversos aliados desde distintas disciplinas, como la medicina, la psiquiatría, la sociología, la psicología y la religión. Disciplinas que han encontrado la importancia del programa y de la ruta trazada para la sobriedad en este libro. Según la reseña escrita en el sitio web oficial, este libro también ayudó a cambiar la forma en la que se conoce y entiende el alcoholismo, definiéndolo como una enfermedad que requiere de un programa con bases espirituales para lograr y mantener la sobriedad.

Este libro, además de plasmar las bases espirituales del programa que posibilitaron la expansión del mensaje a lo largo del mundo, es considerado por la comunidad de AA como patrimonio de la humanidad por su aporte esperanzador y por su capacidad de rescatar a las personas de las adicciones y crear una comunidad, a través de la recuperación, el servicio y

la unidad (Alcohólicos Anónimos, s.f.a). Este es un libro que trasciende en la vida y experiencia de los miembros, pero también mantiene la unidad y expansión de la comunidad de AA.

TAL COMO LO VE BILL. LA MANERA DE VIVIR DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Tal como lo ve Bill es un libro que contempla los aspectos de la vida de un adicto en rehabilitación, quien presenta altibajos emocionales que no siempre son fáciles de sobrellevar de manera individual ni para quien es suficiente la propia voluntad para atenderlos. Por eso Bill W. concibió este libro como una herramienta de consulta ante cualquier situación emocional que una persona adicta en rehabilitación presente en su diario vivir. Se considera que las personas adictas tienen problemas emocionales, pero una vez que es detectada la emoción, se puede acudir a la literatura y consultar lo descrito sobre ese sentir.

Este libro, a decir de Antonio Urueta, es una fuente para confrontar y nutrirse ante las problemáticas cotidianas; el libro consta de más de 300 temas, como por ejemplo: “la racionalización, la libertad, la meditación, la mente abierta, el miedo, los novatos, las relaciones familiares, el poder superior, los remordimientos, la culpabilidad, la tentación de beber, la tolerancia” (comunicación personal, 2020).

La primera edición de este libro data de 1967 y constituye el punto de vista de Bill W. acerca de la manera de vivir de AA, y del camino hacia el despertar espiritual. Este libro responde a la necesidad de contar con una herramienta de ayuda para afrontar las situaciones emocionales con las que el adicto en recuperación vive y convive de manera cotidiana. La primera edición fue escrita en inglés en el año de 1967, pero fue hasta 1984 cuando el libro estuvo disponible en el idioma español (OSG, 2017).

Tal como lo ve Bill es una guía para los miembros la comunidad donde se retoman varios extractos de los principales libros de la literatura de AA, entre los que se encuentran: el texto de *Alcohólicos Anónimos, Doce Pasos y Doce Tradiciones, Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad, y Los Doce Conceptos para el Servicio Mundial*, así como de artículos de la revista *Grapevine*, y de correspondencia personal de Bill W.

El libro comienza con un índice sobre las diversas temáticas ordenadas de manera alfabética, lo que facilita el estudio y acceso a las temáticas específicas. Entre los temas que se pueden consultar en este libro se pueden encontrar algunos de los conceptos relacionados con la enfermedad del alcoholismo; también los temas que tiene referencia al funcionamiento del grupo y cuestiones como el servicio o apadrinamiento, pero sobre todo, los aspectos de AA relacionados con los principios espirituales y de desarrollo personal, como la humildad, la felicidad, la fe, la responsabilidad, entre otros.

Además del índice que facilita la consulta de los distintos temas, al ser una herramienta de consulta diaria, el libro consta de escritos cortos, expresados con un lenguaje sencillo, entre iguales:

Pues surge como una guía para todos los miembros de AA, para que en su diario vivir aborden problemas como los que te digo; que si estás pasando por una situación de una crisis emocional, la detectes y vas ahí, y lees todo lo referente al miedo, todo lo referente a la culpa, todo lo referente al resentimiento. ¡A lo que quieras! Son para que tengas una fuente de donde nutrirte para los problemas diarios (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Este es un libro que plasma de manera escrita una forma de entendimiento de la enfermedad y de esperanza ante la posibilidad de una vida sobria y feliz, por ello es consultado de forma habitual por muchos de los miembros ante situaciones cotidianas. Al reescribir su obra, Bill W. reitera su mensaje de inspiración y consuelo que convoca a detenerse un momento ante el torbellino emocional que a veces presenta la vida diaria y darse a sí mismo un espacio para meditar y compartir ese sentir con los demás miembros de la comunidad, mostrando que este recorrido espiritual se anda acompañado y con la ayuda del otro. El gesto de Bill W. al hacer este texto es el de la reflexión, a la que invita a cada lector que se acerque a esta y otras obras de AA.

Gracias al valor y los conocimientos descritos en el libro, este puede llegar a ser una herramienta de trascendencia en la experiencia individual y cotidiana, pero también para la comunidad, ya que sus temas se utilizan en el desarrollo de las juntas diarias de muchos grupos. Por ejemplo, según el testimonio del padrino Antonio Urueta: “No hay semana que no veamos un tema de él. Cada semana en un grupo se ve un tema de Bill; hay grupos que funcionan nada más con este, este es un libro todas las sesiones” (comunicación personal, 2020). *Tal como lo ve Bill* es un libro que es una guía para la comunidad de Alcohólicos Anónimos.

DOCE PASOS Y DOCE TRADICIONES

Este libro, *Doce Pasos y Doce Tradiciones*, fue escrito por Bill W. 10 años después de que se publicara *El libro grande*, y surgió por la inquietud del autor de que hacía falta especificar y ampliar el conocimiento sobre la recuperación del alcoholismo basada en los Doce Pasos, que habían sido plasmados en la obra anterior (Alcoholics Anonymous, 2015):

El libro de los Doce Pasos surge por las dificultades que les estaba ocasionando practicar los pasos, principalmente el cuarto, quinto, sexto y séptimo, y el décimo, de los cuales hablaba muy poco el libro de *Alcohólicos Anónimos*, porque tenemos que tomar en cuenta que cuando se empezó a escribir ese libro, Bill W. tenía tres años sobrio (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Este libro surge a partir de la práctica del programa por Bill W., lo que le permitió llegar a una descripción profunda de los doce pasos, después de ponerlos en práctica por más años. Según como lo describe Antonio Urueta, los Doce Pasos fueron escritos aproximadamente 10 años después (1949) de la publicación de *El libro grande*, mientras que las Doce Tradiciones fueron escritas 12 años después de ese libro; sin embargo, fueron fusionados para mayor funcionalidad. Fue hasta 1953, para conmemorar 18 años de la organización, que el libro *Doce Pasos y Doce Tradiciones* fue publicado (Alcoholics Anonymous, 2015).

Los doce pasos del programa de AA son un conjunto de principios espirituales que pueden llegar a ser adoptados como una forma de vida para alcanzar la sobriedad y la transformación del sujeto adicto en una persona íntegra, útil y feliz. Por otra parte, las doce tradiciones se aplican al funcionamiento de la comunidad, resumiendo las herramientas que mantienen la unidad y relación con el exterior (Alcoholics Anonymous, 2015). “Las tradiciones son para sostener a toda la agrupación: cómo relacionarnos entre grupos, cómo relacionarnos como un todo” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020). En el funcionamiento y unidad interna en este libro se pueden encontrar datos como el tipo, forma y tiempo para el nombramiento de los servidores (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020), plasmados con

el fin de que el funcionamiento de la comunidad no se viera comprometida con la expansión mundial del programa.

Aunque este libro resulte de utilidad para la vida y el proceso de los miembros, y para el funcionamiento de la comunidad, existen evidencias de personas no alcohólicas que expresan las consecuencias positivas al practicar los doce pasos de AA ante las dificultades de la vida cotidiana, ya que son considerados como un camino que puede guiar a una vida útil y feliz para muchas personas, sean alcohólicas o no (Alcoholics Anonymous, 2015).

Para Antonio Urueta la importancia de los saberes otorgados en este libro es que son: “una forma de vida que le puede funcionar a todo mundo, si nos aplicáramos ¿Sí? Va contra el egoísmo de la gente, el egocentrismo; va contra todas esas situaciones” (comunicación personal, 2020). *Doce Pasos y Doce Tradiciones* es un texto que engloba las bases del programa en doce pasos de AA que generan la esperanza y unidad necesaria para que los miembros puedan encontrar la sobriedad, la comunidad, la organización y la funcionalidad.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS LLEGA A LA MAYORÍA DE EDAD

Alcohólicos Anónimos llega a la mayoría de edad se publicó en 1955, después de la muerte del cofundador de AA, el Dr. Bob, acaecida en 1950. Fue entonces que Bill W. comenzó a confrontarse con su propia mayoría de edad:

Él se dio cuenta de que la agrupación, si no se creaba una estructura de funcionamiento, de acuerdo con nuestros principios de no gobierno, a nuestros principios tradicionales, nuestra organización podría desaparecer. Entonces, se crea una estructura suigéneris en el mundo, porque no hay otra donde los grupos sean los dueños de Alcohólicos Anónimos; donde los miembros son dueños de Alcohólicos Anónimos, y todos los servicios que existen hacia arriba (Urueta, comunicación personal, 2020).

Bill W. al confrontarse con la realidad de su edad y su cercanía con la muerte, vio necesario realizar un texto que otorgara la estructura y funcionamiento del programa a los miembros una vez que él faltara. Este texto fue hecho con el fin de que los grupos pudiesen funcionar bajo los mismos principios y también para que la organización siguiera creciendo una vez que los fundadores faltaran. En este libro se reúnen los primeros 20 años de vida del programa de Alcohólicos Anónimos y describe los tres legados de la comunidad: “El Legado de la Recuperación, basado en *El libro grande*, basado en los Doce Pasos; el Legado de la Unidad, basado en las Doce Tradiciones, y el Legado de Servicio. El Legado de Servicio, basado en el *Manual de servicio* y en los Doce Conceptos para el Servicio Mundial” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

El libro, según lo relata en su testimonio Antonio Urueta (comunicación personal, 2020), nace de la necesidad de recopilar los hechos y datos históricos que marcaron la comunidad, desde cómo se conocieron los fundadores, cómo se fueron multiplicando los grupos y miembros, y cómo surgieron los libros más importantes como *El libro grande* o el surgimiento de los Doce Pasos. Está conformado por secciones dependiendo de las temáticas, entre las que se encuentran, por ejemplo, el temor, la ira o la admisión. Tales secciones vienen descritas

en el índice, lo que facilita a los lectores acceder con rapidez al tema que requieran en ese momento.

Alcohólicos Anónimos llega a la mayoría de edad otorga a los miembros de la comunidad las riendas del funcionamiento de la comunidad, así como los saberes y principios necesarios para que eso sea posible. Pero también es importante considerar la madurez y sabiduría que Bill W. había alcanzado en esta etapa de su vida, después de un largo camino por la sobriedad espiritual, lo que se vio reflejado en sus reflexiones y sabiduría, plasmados en este libro.

EL LENGUAJE DEL CORAZÓN

El lenguaje del corazón es una selección de artículos de Bill W. publicados en la revista *Grapevine*; los artículos abarcan desde 1944 —que es cuando se funda la revista— hasta 1970, poco antes de la muerte del cofundador de AA. El libro fue publicado en 1988, y por primera vez reunía en un solo texto aquellos artículos que estaban dispersos entre la revista, los folletos y los volantes.

La revista *Grapevine* tuvo sus inicios como un boletín entre los grupos de la ciudad de Nueva York, y fungió como herramienta para que se pudieran entender entre ellos. Con el paso del tiempo y del crecimiento de la comunidad, la revista se afirmó como una herramienta de comunicación entre los miembros y los grupos a nivel mundial, y un medio en el que Bill W. compartía sus ideas y experiencia sobre la creación, la consolidación y el futuro del programa y de la comunidad.

El libro se compone por tres partes que enuncian las etapas del desarrollo de los primeros 35 años de la comunidad de Alcohólicos Anónimos. En la primera parte se encuentra el desarrollo de la estructura que garantiza la unidad y funcionamiento de la organización, descritos en las Doce Tradiciones, entre los que se incluye el papel de los líderes, el manejo del dinero, el anonimato, relaciones públicas y con profesionales, y la autonomía del grupo.

En la segunda parte, se describe cómo fue que tras la muerte del Dr. Bob y la necesidad de Bill W. por mantener el legado de AA, se llegó a otorgar la responsabilidad de los servicios mundiales de AA con la creación de los Servicios Generales, así como resaltar lo que se conoce como el Tercer Legado, que refiere al objetivo primordial de AA, que es llevar el mensaje a la persona que sufre, lo que sintetiza la figura del Servicio.

En la tercera parte, se aborda la llamada “Próxima frontera”, que es lo que se conoce como la sobriedad emocional, que conlleva al despertar espiritual. Describe la importancia de los principios espirituales para pasar de la sobriedad a la sobriedad emocional, lo que representa un cambio profundo en los modos de vida de la persona, con una mayor madurez, equilibrio, disciplina y humildad.

El lenguaje del corazón puede llegar a considerarse como un documento histórico sobre el proceso de conformación de Alcohólicos Anónimos, desde la historia de la creación de la estructura organizativa, las doce tradiciones, las etapas de desarrollo, los retos de los fundadores y la solidez de su legado. Además, este es un libro en el que se puede encontrar un compendio de puntos de vista de profesionistas, “que fueron escritos en la revista *Plenitud*, y ahora están aquí, viene sobre elaboración a secas, sobre la personalidad del alcohólico, repercusiones del alcoholismo en la familia, aspectos neuropsiquiátricos del alcoholismo” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

REFLEXIONES DIARIAS

Además de los textos ya descritos también se encuentra el libro de *Reflexiones Diarias*, que es una herramienta utilizada por las agrupaciones en el desarrollo de las juntas diarias.

El libro de reflexiones diarias, como su nombre lo dice, busca plasmar una reflexión por cada día del año, la cual se recomienda que se lea a diario de manera personal, pero también de forma grupal. Según Antonio Urueta, “surge como una manera de invitar a todos los miembros a iniciar el día con una oración de gratitud por la sobriedad, y una reflexión sobre todos los aspectos del programa” (comunicación personal, 2020).

Este libro busca reforzar la meditación y oración, como herramientas para la inspiración de la oración de cada día. Su importancia radica en la trascendencia que puede tener la meditación para el crecimiento de la vida espiritual: “es una herramienta práctica para realizar un momento de meditación y reflexión ya sea al iniciar su día, su junta o ambos, además muchas de las fechas contemplan cuestiones específicas como la navidad, año nuevo, día de la madre o del padre, que pueden llegar a ser complicadas para muchos de los miembros” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Además de estos libros que han sido descritos, que contienen un gran valor espiritual para los miembros, pero también para el funcionamiento y organización de la comunidad, así como documentos históricos de la evolución del programa y sus reflexiones, el padrino Antonio Urueta hizo mención de otros textos que él encuentra trascendentes para la comunidad y los miembros, entre ellos, *Viviendo sobrio*.

VIVIENDO SOBRIO

Para Antonio Urueta el libro *Viviendo sobrio* es básico para los nuevos miembros, ya que es un libro que describe herramientas y reflexiones prácticas, como qué hacer en las primeras 24 horas de sobriedad, qué hacer con el alcohol que hay en la casa, si está bien juntarse con consumidores, y otro tipo de cuestiones prácticas, además de explicar los axiomas como: “Poco a poco se va lejos”, “Vive y deja vivir”, “Tómalo con calma”, “Vigilando la ira y los resentimientos” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Este libro fue escrito por miembros de Colombia, y después fue aprobado por la Conferencia General en Nueva York. Este libro es un gran apoyo para la orientación de los nuevos miembros, los cuales se pueden encontrar en una situación conflictiva y sin la posibilidad de apoyarse en un padrino o madrina (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

TRANSMÍTELO

Transmítelo es la biografía de Bill W., fue publicada en 1984 por Alcoholics Anonymous World Services. Este libro recapitula entrevistas y 26 fotografías de la experiencia y labor del fundador de esta comunidad. Para Antonio Urueta, este libro presenta no al fundador sino al ser humano detrás del programa de AA. Este libro relata:

Cómo fue su infancia [de Bill W.], cómo le afectó el divorcio de sus padres, cómo era un tipo inseguro desde niño. Ahí dice Bill por qué fue egocéntrico, por sentimientos de inferioridad, de que en el fondo de su corazón dice que se sentía el [la] último[a] de las

criaturas de Dios; porque ahí habla de la hipersensibilidad que él tuvo desde niño (Urueta, comunicación personal, 2020).

Además de presentar la biografía y forma humana de Bill, desarrolla el impacto de la hipersensibilidad en las personas desde la infancia y cómo es que ciertos eventos de la vida fueron más traumáticos para ellos, por su forma de ser hipersensible:

Por ejemplo, Bill W., se separan sus papás cuando él tenía 10 años, ¿sabes qué pensó él?: “Si me hubieran querido, no se hubieran divorciado”. Luego, “el motivo por el que se divorcian es porque yo no valgo”. Ese es un mecanismo nomás de un ser hipersensible. ¡Nada tenía que ver el divorcio de sus padres con él!, pero él lo asume así (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Trasmítelo es una biografía que puede llegar a ser un espejo para muchos de sus lectores, en el cual podrán reflejar y entender el dolor, el miedo y otros sentimientos y emociones que se han arrastrado desde la infancia. El libro también es una ventana de esperanza al ayudar a ver que a pesar de reflejarse en la historia de dolor, es posible salir adelante y alcanzar la sobriedad espiritual a partir de la práctica de los principios y valores como los que propone el programa de AA.

LLEGAMOS A CREER

Llegamos a creer es otro de los libros que el padrino Antonio Urueta menciona como aquellos de mayor impacto y trascendencia en su experiencia como miembro de AA. Este libro relata las experiencias espirituales de algunos de los miembros de la comunidad AA. Este es un libro que puede ser de gran utilidad, “para todos los que están batallando, que sepan que hay muchas formas de llegar a la experiencia espiritual, al despertar del espíritu” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Este libro es importante porque enmarca el valor y trascendencia de la espiritualidad para el programa, pero en general para el desarrollo positivo de la vida de las personas.

Además de los libros de la comunidad de Alcohólicos Anónimos, esta agrupación produce otro tipo de materiales literarios que incluye librillos, una revista y folletos, de los cuales existe una extensa lista de títulos.

PLENITUD AA

Plenitud AA es la revista de Alcohólicos Anónimos, surgió primero en inglés con el nombre de *Grapevine*; en sus principios tenía el fin de reunir y compartir de forma impresa y periódica las experticias de los miembros de AA. La revista *Plenitud AA* fue publicada por la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos por primera vez en mayo de 1977 y continuó hasta octubre de 2020, con la edición del número 244.

En los distintos números de esta revista se tratan diversas temáticas, como declaraciones oficiales de la agrupación, historia internacional y nacional de los grupos de AA en México; información sobre las bases e ideología de la agrupación; información específica sobre el alcoholismo, sobre las características generales de los sujetos adictos, como la hipersensibilidad o los sentimientos recurrentes como la culpa, el miedo, el abandono, entre otros;

sobre las causas, las consecuencias y las formas de las adicciones; también se habla sobre las recaídas, qué son y cómo enfrentarlas; sobre la literatura, los valores de la comunidad y de las herramientas terapéuticas y espirituales como el servicio, el apadrinamiento, la oración, la meditación; así como las reflexiones y experiencias de los miembros de la comunidad de AA.

Entre las temáticas de esta revista también se puede encontrar contenidos relacionados con el consumo y recuperación en mujeres, en adolescentes o en personas que pertenecen a la comunidad LGBT+ o a otros grupos vulnerables, como los migrantes, así como describir otro tipo de adicciones como la adicción al sexo, a la ludopatía, a las relaciones, a la comida, etcétera.

En la actualidad, además de las diversas experiencias de los miembros, en la revista se comparten textos realizados desde criterios profesionales. Pero por lo general, a decir de palabras de Antonio Urueta: “la mayor parte es una junta impresa de AA” (comunicación personal, 2020). Es decir, que la revista busca materializar de manera impresa la forma y fin de las juntas de la comunidad, y lograr transmitir el mensaje y conocimientos para el entendimiento y recuperación del alcoholismo y otras adicciones, desde la experiencia de otros alcohólicos y adictos en rehabilitación.

La revista llegó a ser tan importante para la comunidad de AA en México que se creó una oficina y editorial propia para su producción. En México, la revista *Plenitud* se maneja por separado de la literatura editada por la Oficina de Servicios Generales (OSG). Sin que esto llegue a fragmentar la unión y alineamiento a los principios generales de la producción de literatura y saberes de la comunidad de AA sino por la magnitud y atención que la producción de la revista requiere (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

Esta revista, como ya se mencionaba, contiene la estructura e intención de las juntas presenciales de la comunidad, por lo que puede ser útil, por ejemplo, “para muchos solitarios que no pueden estar en un grupo como, por ejemplo, ahorita con la pandemia, pues, se echa su revista y se avienta su junta” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

La existencia de la revista *Plenitud* también implica, para sus lectores y para los miembros de la comunidad, una constante motivación para desarrollar su capacidad de escritura relatando su experiencia, la cual puede ser publicada si es enviada y elegida por el comité encargado (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020). Desde la revista se fomenta que miembros de los grupos de autoayuda compartan sus testimonios sobre su consumo, su adicción y su camino de recuperación en AA.

La revista *Plenitud* logra expandir el alcance y formas de compartir los testimonios, pero también de recibir los testimonios de más personas, lo que es una de las bases del programa de AA, difundir el mensaje de esperanza y recuperación. Asimismo, al interior de los grupos, en momentos en que las reuniones se vuelvan complicadas, la revista *Plenitud* puede ser una herramienta que sirva de acompañamiento y continuación de su proceso de tratamiento desde otros espacios y tiempos, entre los miembros de la comunidad (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

FOLLETOS

Además de los libros, librillos y la revista *Plenitud*, la literatura de AA ofrece a sus lectores una lista de más de 100 folletos que condensan de forma clara y accesible la información y los conocimientos que ha desarrollado AA a miembros y a personas externas de la organización. Antonio Urueta menciona que los folletos son de suma utilidad para los miembros más

recientes, así como para acercarse a quienes no son miembros, o son familiares o personas cercanas a una persona con problemas de adicción (comunicación personal, 2020).

Los temas de los folletos son tan variados y profundos como lo pueden ser las necesidades y realidades de los sujetos que padecen una adicción. Estos folletos, así como la literatura en general, ofrecen recursos espirituales, así como herramientas y conocimientos para transformar su cotidianidad y estilos de vida, pero también estos folletos pueden llegar a tener valor para la investigación académica o profesional, por ejemplo, el folleto: “Un punto de vista sobre AA’, fue desarrollado por un alcohólico anónimo en una universidad, creo que en Oxford, para personas que estaban haciendo una maestría en adicciones. Está lleno de objetividad, el libro” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020). Este folleto fue desarrollado por una persona que además de su experiencia como adicto tenía experiencia profesional, por ello está recomendado para las personas, miembros o no de AA, que trabajen desde el ámbito profesional el estudio de las adicciones y de los grupos y organizaciones de autoayuda.

Los folletos de AA tienen el propósito de sintetizar la información para que pueda ser más accesible, digerible e inmediata de compartir, para que el mensaje y los conocimientos del programa lleguen e impacten a más personas y de una forma más directa, por lo que, a pesar de ser cortos, logran ser concisos y de gran utilidad y trascendencia para la comunidad y sus miembros.

La literatura de AA tiene fundamentos y bases profesionales desde la psicología, la medicina, la sociología, la religión y otras disciplinas: “Esta literatura podría ser considerada como literatura de autoayuda o de superación personal, pero los conocimientos desarrollados se dan sobre todo desde el humanismo, la espiritualidad, el autoconocimiento y la universalidad” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020). Los conocimientos de esta literatura priorizan las experiencias y la importancia de la práctica:

El mensaje es vivo, no es teoría, nada es teoría, todo fue sobre la práctica. Fíjate lo que dice el quinto capítulo sobre los Doce Pasos: ”Estos son los pasos que dimos”. Muchos libros de autoayuda te dicen: “Haga esto”, acá te dice: “Esto es lo que hicimos, y que sugerimos como programa de recuperación”. O sea, ya practicaron lo que nos están transmitiendo (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

El mensaje que se trasmite con esta literatura es la esperanza a través del ejemplo, el servicio y la práctica de los principios del programa de AA que se plasman en los distintos productos editoriales que la componen. No son conocimientos donde se priorice la generación de teoría o de evidencia científica sino que el acento está puesto en la experiencia de los adictos en recuperación que ahora forman parte de AA, en sus testimonios de vida, consumo, adicción y de la sobriedad que han alcanzado y que buscan mantener día con día a través de la práctica cotidiana de los principios del programa.

Así se generó la literatura de AA desde que fuera creada por Bill W., con los testimonios de distintos integrantes de la comunidad que han aportado su experiencia para la reflexión de los otros alcohólicos y adictos que busquen recuperarse. Para Antonio Urueta la literatura de AA: “más que autoayuda, que es autosuficiencia, sería de ayuda mutua” (comunicación personal, 2020), con ello resalta así el descubrimiento de Bill W., quien en su propio proceso de recuperación constató que podía mantener su sobriedad si ayudaba a otros alcohólicos como él.

En palabras de Antonio Urueta, para la creación de los materiales de la literatura de AA se contempla que sirvan tanto para el proceso de los integrantes de la comunidad, como para

trasmitir el mensaje a las personas que no son miembros de Alcohólicos Anónimos (comunicación personal, 2020). Como ya se había mencionado, para los miembros de la comunidad, la literatura es un recurso que se utiliza de manera cotidiana para poder lidiar con los conflictos de la vida diaria, pero también es una de las herramientas y guías principales en el desarrollo de las juntas de los grupos de autoayuda. Asimismo, hay materiales de la literatura que tratan sobre el funcionamiento y la estructura de Alcohólicos Anónimos como organización.

CONCLUSIÓN

La importancia de la literatura de AA se puede observar a lo largo del recorrido por los diferentes libros, librillos, folletos y la revista *Plenitud*; entre ellos se encuentra como conexión la intención de estructuración y expansión del programa y la comunidad de Alcohólicos Anónimos. Desde el primer libro escrito y publicado por Bill W. se otorgaron las bases y nombre de la comunidad, y en los textos que siguieron, se desarrollaron de manera más profunda las bases y el legado del programa espiritual de AA. Como se desarrolla a lo largo del texto, la literatura de la comunidad de Alcohólicos Anónimos es una de las herramientas con mayor repercusión en el crecimiento y funcionamiento de la organización, además de ser de gran valor espiritual y de desarrollo humano para los integrantes de dicha comunidad.

Estos textos son tan diversos como profundos, y han aportado una solución a través del tiempo, del espacio y de las diferentes manifestaciones de las conductas adictivas, al mostrar un camino efectivo para mejorar la vida de las personas que padecen una adicción y alcanzar la sobriedad espiritual. Por lo que, además de ser una herramienta de gran trascendencia organizativa y espiritual para la comunidad y sus miembros, el programa de AA, desplegado en su literatura, es también un legado para la humanidad. Los diferentes productos editoriales fungen como documentos históricos sobre esta comunidad, pero también como textos en los que se ha plasmado un mensaje de esperanza que ha logrado transformar la vida de miles de personas a lo largo del mundo.

La literatura de AA tiene contenidos de autoconocimiento, de espiritualidad, de prácticas que se llevan a cabo en el marco de la recuperación, como es el servicio, pero también de otros aspectos más específicos como el amor, ya sea en pareja y otras relaciones como la familia. Asimismo, contiene temas que buscan abarcar la mayor cantidad de los aspectos de la vida de un alcohólico o adicto en rehabilitación y de sus seres queridos cercanos; pero también puede tener contenido organizacional para el funcionamiento de los grupos (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020), que sirva para mantener la unión y pureza del mensaje de la comunidad, así como el funcionamiento óptimo de los diferentes grupos de autoayuda que conforman la comunidad de AA.

Sobre esto, Antonio Urueta da el ejemplo del caso de México, que es uno de los países con más variaciones en cuanto al funcionamiento de los grupos de autoayuda que trabajan con adicciones y que están inspirados en el programa de AA. En su opinión, no es conveniente soslayar una herramienta que es una extensión del mensaje y capacidad de acompañamiento y contención del programa, que es una guía imprescindible para orientar el camino de recuperación.

Sería contradictorio hablar de la literatura de AA sin retomar la experiencia de algunos de los miembros de la comunidad, ya que esta se basa en la experiencia desde los fundadores hasta los miembros actuales de la comunidad, por ello encontramos pertinente integrar al desarrollo de este texto la experiencia de uno de sus integrantes. Agradecemos la colaboración del padrino Antonio Urueta, quien además de contar con 40 años de sobriedad,

ha sido un participante activo en la organización de Alcohólicos Anónimos en México, ha participado en servicios referentes al compartimiento de la literatura, pero que sobre todo tiene una vasta experiencia como lector y conocedor apasionado de la literatura de AA. En su experiencia se pudo ver reflejada la trascendencia individual y colectiva de los productos editoriales de AA, y mostrar la importancia y eficacia que puede llegar a tener el mensaje del programa y los principios de AA plasmados en la diversa literatura producida desde y para la comunidad de Alcohólicos Anónimos.

La literatura de AA está basada en la experiencia de vida de las personas que decidieron retomar su vida tras el derrotero de dolor y muerte al que la adicción los arrastró. La literatura de AA busca que estos testimonios de recuperación sean un apoyo en el día a día de los alcohólicos, adictos y adictas en rehabilitación, y que el mensaje llegue a la mayor cantidad de personas posible. Existe una frase que resume el objetivo de la literatura de AA, según refiere Antonio Urueta: “Si la tienes, léela; si la lees, vívela; si la vives, compártela” (comunicación personal, 2020). Es importante llevar esos conocimientos al desarrollo de la vida cotidiana y compartirlos pues “uno de los propósitos principales de la comunidad es transmitir el mensaje” (Antonio Urueta, comunicación personal, 2020).

REFERENCIAS

- Alcohólicos Anónimos. (1995). *El lenguaje del corazón. Los escritos de Bill W. para el Grapevine*. The A.A. Grapevine Inc.
- Alcohólicos Anónimos. (2013, 23 de mayo). Un Camino a la Libertad. Home [página de Facebook]. <https://bit.ly/3hTYpLG>
- Alcohólicos Anónimos. (s.f.a). *Literatura de A.A.* <https://www.aa.org/es/resources/literature>
- Alcohólicos Anónimos. (s.f.b). *Tal como lo ve Bill*. <https://bit.ly/3fBoVVK>
- Alcoholics Anonymous. (2015). *Doce Pasos y Doce Tradiciones* (9a impresión). <https://bit.ly/3wPzSno>
- Best, D. (2016). Why the mechanisms of 12-Step behavior change should matter to clinicians. *Addiction*, Vol.112, 937-945.
- Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos AC (2019a). *Directorio de grupos por estado*. <https://n9.cl/y81nj>
- Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos AC (2019b). *¿Qué es AA?* <https://n9.cl/ictiq>
- Di Pardo, R. (2009, enero-abril). La sobriedad como bien. *Desacatos*, No.29, 173-178.
- Gutiérrez, A. (2015). El método terapéutico religioso de Alcohólicos Anónimos. *Ciencias Sociales y Religión / Ciências Sociais e Religião*, 17(22), 188-200. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/csr/article/view/8669700>
- Jiménez, G (1997, julio-diciembre). Materiales para una teoría de las identidades sociales. *Frontera Norte*, 9(18).
- López, D. (2015). Redescrición del modelo de los Doce Pasos en términos de la teoría de las relaciones objetales. *Aperturas psicoanalíticas*, No.51. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000922>
- Mercado, A. & Briseño, P. (2014, enero-abril). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios Públicos*, 17(39), 137-157.
- Montaño, M. (2014). *Sobre los Alcohólicos Anónimos*. Sociedad Psicoanalítica de México AC. <http://spm.mx/2018/sobre-los-alcoholicos-anonimos/>

- Oficina de Servicios Generales. (2017, 7 de junio). *Nueva línea editorial* [boletín No.285]. Nueva Línea Editorial. https://www.aamexico.org/assete/boletines/2970/285_A2970.pdf
- Oficina de Servicios Generales. (2020, 6 de junio). *Edición conmemorativa de “El lenguaje del corazón”* [boletín No.302]. Nueva Línea Editorial. https://www.aamexico.org/assete/boletines/2970/302_A2970.pdf
- Pelegrino, G., Pérez, G., Duconger, D., Martínez, M. & Ramírez, G. (2015). Conocimientos generales sobre el grupo de Alcohólicos Anónimos. *Medisan*, 19(8).
- Rosovsky, H. (2009, enero-abril). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, No.29. <https://n9.cl/3xp9r>

Epílogo. Las adicciones, los adictos y el proceso de recuperación

PEDRO BRIONES CASILLAS

El mundo de las adicciones requiere ser visto desde la mirada de quienes lo habitan. Invita a adentrarse en las profundidades emocionales del ser humano que lo conectan con el mundo exterior y desde ahí tejer el camino que atraviesa lo biológico, lo familiar, lo cultural, lo histórico y lo social. Incita a mirar y a escuchar desde las voces de quienes viven, conviven y reviven los caminos del consumo de drogas, de las adicciones y su proceso de rehabilitación. Este documento tiene el propósito de reflexionar en torno a ese mundo, de mostrar quién es un adicto, qué son las adicciones, qué papel tiene la familia y las circunstancias que rodean al adicto; qué diferencias y similitudes hay en las adicciones entre hombres y mujeres, y en las diferentes edades, así como las adicciones en nuestro tiempo, para finalizar con un repaso de las distintas etapas en el proceso de rehabilitación.

EL ADICTO Y LAS ADICCIONES

Un adicto es un ser humano extraviado que al buscar la vida se encuentra con las drogas. Una vez que desarrolla la adicción, toda su capacidad creativa y toda su fuerza son abocadas a la destrucción y la obscuridad; se pierde en un laberinto emocional que lo mantiene en un estado de permanente peligro para sí mismo y para otros.

Las adicciones se convierten en una manera de vivir a través de la dependencia de sustancias. El consumo de sustancias genera un estado en donde, en apariencia, no hay preocupaciones. La adicción a las drogas es la búsqueda permanente de una fuerza que permite enfrentarse a los acontecimientos de la vida que tanto cuesta afrontar. Las drogas le han ofrecido al adicto sensaciones de aparente libertad que ninguna otra cosa le había hecho sentir.

Un adicto es una persona “hipersensible”, eso significa que siente, ve, escucha y manifiesta cosas de manera desproporcionada. Para el hipersensible, cualquier evento puede tener efectos traumáticos. El hipersensible recuerda un suceso remoto que le provocó dolor, y revive la experiencia en el presente. Aunque el suceso no sea significativo ni digno de recuerdo para quienes estuvieron presentes, para el hipersensible es trascendente.

El hipersensible se aferra emocionalmente a las personas. Se enamora con intensidad, y mantiene grandes expectativas sobre aquellas personas con las que se relaciona, sean sus padres, sus hermanos, sus amigos o su pareja. Como un árbol de navidad al que se le ponen esferas y adornos, el hipersensible “viste” a las personas con las que se relaciona, pero confunde los adornos que él ha puesto con la forma del árbol, y exige que sus seres queridos cumplan con la imagen que él hizo de ellos. Esta manera de relacionarse del hipersensible es una fuente constante de sufrimiento. La característica de la hipersensibilidad es la evasión de la realidad, lo que se vuelve una predisposición para el desarrollo de la adicción.

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA ADICCIÓN Y LA REHABILITACIÓN

El origen de las adicciones muchas veces puede remitir a las dinámicas del núcleo familiar, contexto donde principalmente se forma la persona. Hoy en día, no se ofrece una preparación organizada en temas de maternidad, paternidad y crianza. Muchos de los nacimientos actuales son producto de prácticas sexuales impulsivas e irreflexivas, de la coerción social y familiar que incitan a la concepción, del uso deficiente o inexistente de la contracepción que lleva a embarazos no deseados, o bien, de abusos sexuales o relaciones de pareja atravesadas por la violencia.

En los últimos años, se han discutido cómo los antecedentes prenatales e historia emocional de los progenitores se asocian tanto con la hipersensibilidad como con la predisposición para desarrollar una adicción. Si bien se discute el papel que las emociones tienen a nivel genético, se ha considerado que la historia emocional de los padres tiene consecuencias en su descendencia. Se podría hablar de una especie de código genético emocional, conformado por miedos, tristezas, culpas, resentimientos, traumas, estilos de vida, expectativas, exigencias del medio ambiente promovidos por los medios de comunicación y por la presión de otros familiares y pares.

En la experiencia con adictos en rehabilitación, se ha notado cómo personas con rasgos similares en cuanto a su emocionalidad suelen atraerse. Las parejas están conformadas por sujetos con una emocionalidad caracterizada por el sentimiento de vacío, por sus modos dependientes de relación —inseguros y violentos—, y por distorsiones de la realidad en donde el mundo se presenta como algo inabarcable. Las nuevas generaciones, que son el resultado de este encuentro, reflejan cada vez más una salud emocional que tiende a ser deficiente.

La crianza de un hijo requiere que los cuidadores sean capaces de satisfacer sus necesidades afectivas, bajo el permanente reconocimiento de que se trata de un ser humano en formación, que tiene el derecho de ser reconocido, respetado, escuchado y querido. Esta tarea de cuidado implica tiempo, dinero y cierto grado de abnegación, lo que se contrapone con los valores individualistas y capitalistas, que apuntan a ideales de vida inalcanzables, en donde el dinero, la felicidad dopada y el consumo tienen el lugar protagónico. La familia no queda exenta de esta lógica, pues en ella se puede proyectar la insaciabilidad capitalista, en la que no habrá ni hijo ni vacación ni pareja que logre llenar las expectativas.

Las familias parecen tener cada vez menos recursos para poder ejercer una crianza digna. A pesar de la mayor preparación académica por parte de los progenitores, se observan mayores dificultades para atender las necesidades afectivas de los hijos, en el sentido de la atención, el cuidado y la cercanía emocional. En una sociedad donde ambos padres tienen que trabajar largas jornadas para lograr el sustento familiar, se ha vuelto una tarea ardua el poder brindar a los niños la atención y los cuidados que requieren.

La familia se ha convertido en una institución que no logra dar la contención emocional necesaria a sus miembros. Aunque la familia no es el único factor para considerar en la comprensión del desarrollo de una adicción, es indiscutible el papel que toma tanto en su génesis, como en temas de prevención y tratamiento. En particular, se ha visto la necesidad de que tanto el adicto como la familia participen en el proceso de rehabilitación, puesto que de no hacerlo, aumenta la probabilidad de fracaso. No obstante, la experiencia en el tratamiento de adicciones ha demostrado que la mayoría de las familias se mantienen renuentes ante lo que la rehabilitación les implica. En este sentido, tienden a enfocarse en el síntoma de su familiar y a señalarlo a él como el núcleo del problema.

La adicción echa raíces en el contexto familiar y sociocultural, la predisposición biológica a la hipersensibilidad, y la historia de vida del sujeto adicto, con todas sus experiencias, oportunidades o carencias, traumas, huellas de abandono y abusos vividos. Si bien la familia fue partícipe en parte de la formación de la personalidad del adicto, muchas veces no acepta tal responsabilidad y opta por rechazar y castigar al adicto por su forma de ser.

El adicto está en la búsqueda de aceptación, y hace lo que sea con tal de encontrarla. Por su parte, algunos padres condicionan la aceptación, ofreciéndola a cuentagotas dependiendo de qué tan hábil es su descendencia para lograr los proyectos de vida que ellos no pudieron realizar. Las expectativas generadas por los padres contribuyen a crear una especie de *Frankenstein*, que debe su “monstruosidad” al collage de deseos y frustraciones ajenos, muchas veces inalcanzables, que se impusieron como condición para la aceptación. Aunque luego los padres rechacen su participación en la formación de tal “monstruo”.

Se señala con desaprobación al adicto como un ser carente de virtudes. Esta percepción es compartida por el mismo adicto, quien se ve con la incapacidad de reconocer sus propias cualidades. Se da así una demanda paradójica por parte de las familias que buscan ayuda, y es que a pesar de que se exprese el deseo de que su familiar tenga mayor bienestar y sea capaz de cesar su consumo, la mayoría de las familias se reivindicán a costa de este, bajo reclamos y atribuciones de culpa. Entre algunas de las frases más escuchadas entre familiares de adictos en proceso de recuperación, se rescatan: “Me robaron”, “Por tu culpa estamos así, hijo”, “Tú tienes la culpa de tanta humillación que hemos vivido todos”.

También sucede que la familia no sabe cómo actuar ante el bienestar del adicto cuando está en recuperación. Si bien antes podía atribuir culpas al adicto por la mayoría de los problemas vividos dentro de las dinámicas familiares, cuando este demuestra un cambio, la familia se ve despojada de su chivo expiatorio, que mantenía la homeostasis en un sistema disfuncional. Esto representa una cuestión difícil para todos los miembros del sistema familiar; sin embargo, es preciso resaltar que el adicto no le debe bienestar a su familia. Y aunque todos participen en el proceso de rehabilitación, es necesario tomar responsabilidad sobre el bienestar propio.

El proceso de recuperación comienza cuando se propician espacios para que el adicto logre contactar con sus emociones y encauzar su esfuerzo y su atención en contextos y actividades que le generen mayor bienestar. No obstante, si el adicto no está comprometido con su proceso de recuperación, existe el riesgo de un desbordamiento emocional que derive en una recaída.

En este sentido, en algunos grupos de autoayuda se practica el autocuidado, que tiene que ver con la toma de responsabilidad sobre sí mismo. El autocuidado implica el desarrollo de herramientas emocionales que se alejen del catastrofismo que caracteriza a la persona hipersensible. Por ejemplo, autocuidado es entender que alguien alterado se enfrenta con sus propios conflictos, de los que muchas veces no formamos parte, y viceversa. El autocuidado comprende dos caras de la misma moneda: el cuidado de que las emociones y acciones propias no dañen a los demás, y el cuidado ante actos ofensivos de los demás.

LOS TIEMPOS ACTUALES, ADICCIONES Y NUEVAS ADICCIONES

La sociedad se encuentra en un estado de crisis. De forma gradual, se han desdibujado las instituciones que antaño ofrecían contención emocional, tales como la familia, el estado, la iglesia y la escuela. Ante esta situación, muchos jóvenes y adolescentes han tenido grandes dificultades para encontrar figuras de autoridad, identificación y contención. Se les ha nombrado la “generación App”, puesto que buscan resolver los conflictos y tensiones inherentes a la vida a la velocidad de una aplicación. Aunque la realidad confronta con conflictos y tensiones que en muchas ocasiones no pueden ser resueltos con la misma inmediatez proporcionada por las aplicaciones.

Las nuevas generaciones enfrentan numerosos desafíos relacionados con la hipersensibilidad y el desarrollo de adicciones. Forman parte de una sociedad mercantilizada que promueve estilos de vida relacionados con la droga, a la que cada vez tienen mayor acceso. Se encuentran solos y desorientados ante la infinidad de posibilidades que ofrece el Internet.

Así como influye el tipo de educación y estructura familiar, también intervienen en el desarrollo de la adicción las oportunidades que a la persona se le presentan a lo largo de su vida, las cuales le pueden permitir encontrar alivio de esa tensión interior que el hipersensible vive como permanente. Esto se puede dar a través de la expresión artística, el ejercicio físico, el trabajo digno, a través del servicio a causas o a grupos; o bien, de otros medios más nocivos como lo es el abuso de sustancias. Este tipo de oportunidades pueden marcar la diferencia entre lograr el bienestar emocional y espiritual y desarrollar una adicción.

Las adicciones han cambiado con el paso del tiempo. En 2024, el mercado ofrece un gran abanico de opciones que aseguran la evasión de la realidad. Ejemplo de ello está en la hiperestimulación a través de las tecnologías de la información y la comunicación, además de la promoción en las redes sociales de estilos de vida basados en el consumo, el dinero, el sexo y conductas de riesgo. Estilos de vida irreales e inalcanzables que prometen bienestar en la forma de productos, sustancias o actividades autodestructivas, aunque su costo sea alto.

Las nuevas adicciones son todas aquellas conductas autolesivas que generan la misma necesidad y ansia que las drogas, sin la necesidad de que estas estén presentes. Por ejemplo, se observa a los jóvenes, y principalmente a los adolescentes, con un comportamiento adictivo hacia las redes sociales, en donde con el fin de tener un mayor número de seguidores, están dispuestos a realizar acciones que podrían ser denigrantes o perjudiciales para sí mismos.

El uso de la tecnología puede trascender la pasividad y compulsividad de consumo de contenido, y en ocasiones llega a involucrar la participación en actividades clandestinas que pueden caer en la ilegalidad. En las redes sociales, los usuarios pueden llegar a ser víctimas y victimarios de abuso sexual, o participar en actividades como el robo, el fraude, o las apuestas en línea. Las conductas adictivas tienen consecuencias que en sus extremos pueden conducir a la cárcel, a centros psiquiátricos, a clínicas de rehabilitación o a la muerte.

Las nuevas adicciones son una de las manifestaciones de la descomposición del tejido social, y revelan diversas vías que posibilitan una fuga de la realidad que se vive como dolorosa. Al mismo tiempo, declaran el dolor del ser humano ante la incesante búsqueda por llenar un vacío inmenso, y la desesperación de no saber qué hacer para lograrlo, en especial cuando nada parece ser suficiente.

Estas modalidades de adicción implican nuevos retos en la manera de ofrecer apoyo a los jóvenes, pero se sustentan en las mismas bases del tratamiento por abuso de sustancias. Para empezar, es imperativo tener acercamientos con los adolescentes que propicien un ambien-

te de confianza basado en la escucha, la comprensión, el acompañamiento y el cuidado. La confianza y la disposición que pueda derivar de ello son elementos imprescindibles para su proceso de recuperación.

HOMBRES Y MUJERES ADICTAS, SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

El panorama de las adicciones en México en los últimos años ha mostrado diferenciales por género. Los hombres adictos están, en su mayoría, expuestos a situaciones de riesgo como unirse al crimen organizado y a delinquir con robos, fraudes, etcétera. En las mujeres, por su parte, existe una tendencia a relacionarse con hombres mayores que ellas, que forman parte del crimen organizado y que proveen de dinero, diversión, regalos y una posición de prestigio que es dada al presentarse como “la mujer de”. No obstante, en el ámbito del narcotráfico, es común que las mujeres sean maltratadas o incluso asesinadas.

Algunas mujeres se exponen a la prostitución, que habilita tanto el consumo como los beneficios antes mencionados, a pesar de tener mayor riesgo a contraer alguna infección de transmisión sexual o un embarazo no deseado. En la actualidad se observan casos de mujeres que comenzaron su vida sexual a los 10 años e ingresan al centro de tratamiento con edades de entre 12 y 14 años.

Si bien existe una tendencia a que los hombres consuman en mayores cantidades, por su estructura fisiológica las mujeres presentan efectos adversos derivados de su consumo con mayor rapidez. De igual forma, en las mujeres suele haber mayor deterioro físico y cognitivo, además de ser más vulnerables socialmente a situaciones de violencia y maltrato, embarazos no deseados y al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. En suma, el sufrimiento de las adicciones en las mujeres está atravesado por su condición de género y es cualitativamente diferente al de los hombres adictos.

Lo mencionado implica obstáculos particulares en el proceso de rehabilitación en las mujeres. En principio, la oferta de tratamiento está enfocada principalmente a los hombres, y son, en su mayoría, los hombres quienes están a cargo de la dirección de los centros de rehabilitación.

El acompañamiento a las mujeres presenta retos y desafíos importantes. La identidad de género de las mujeres está fundamentada en el ser-para-otro. Se les educa para ser “la mujer de” y para encontrar su valía y poder en el despliegue de su sexualidad. Por ende, en ocasiones las mujeres adictas que entran en rehabilitación tienden a seducir a quienes son sus guías. La sexualidad y el cuerpo femenino no es más que una moneda de cambio que se utiliza con la finalidad de obtener ciertos privilegios, o bien, seguir buscando de manera infructuosa un lugar en el mundo. En el peor de los escenarios, se ha visto cómo los hombres ceden a tales seducciones, y ambos abandonan la rehabilitación.

ETAPAS DE VIDA Y REHABILITACIÓN

Cada etapa de vida tiene su complejidad y particularidades en el tratamiento de las adicciones. En el tratamiento a personas adictas en rehabilitación, se observan dos tendencias en la población adulta. Por un lado, algunos reconocen su sufrimiento y aceptan la ayuda; mientras que otros se muestran renuentes al cambio y mantienen estilos de vida que les han resultado perjudiciales. Para quienes están en una edad más avanzada, el tratamiento se

dirige a la reconciliación con su pasado, a retomar su proyecto de vida libre del consumo y a la elaboración emocional de posibles heridas de la infancia.

Con los adultos jóvenes se trata principalmente el tema de la impulsividad, y se busca propiciar la construcción de un proyecto de vida. Cuando los adultos jóvenes deciden entrar a un proceso de rehabilitación, con frecuencia llegan con antecedentes de fracasos en diversas dimensiones de sus vidas. Sin embargo, tienen a su favor la etapa de vida en la que se encuentran, donde el mundo aparece con promesas y nuevas esperanzas, en espera a ser descubierto. Están ante la posibilidad de llevar una forma de vida alternativa que les genere mayor bienestar. El tratamiento debe de aprovechar este ímpetu y esperanza hacia el futuro.

Los adolescentes son una población que implica mayores cuidados. Se encuentran en el despertar de su sexualidad, en medio de una cultura hipersexualizada, en donde el mercado ofrece diferentes vías para la evasión de la realidad mediante los medios electrónicos y las redes sociales.

En el tratamiento resalta la importancia de que la persona que les guía sea auténtica. Los adolescentes son hábiles para saber cuando alguien es auténtico o no, y, cuando hay autenticidad comienza la confianza. Es preciso ofrecer la contención de la que carecen, y ayudar a que encuentren aquello que buscan, es decir, a alguien a quién entregarle su lealtad. Entonces, si se logra que los adolescentes encuentren lo que necesitan, ellos se convertirán en aliados de la rehabilitación y entregarán su lealtad y su cariño.

Con los niños es más sencillo el proceso de recuperación, pero se requiere de un perfil de guía que logre conectar con ellos, y que no juegue con sus sentimientos de ninguna manera. Al igual que los adolescentes, una vez que empiezan a confiar, su afecto, el compromiso y las probabilidades de éxito en el tratamiento serán muy altos.

LA REHABILITACIÓN. UN CAMINO PARA TODA LA VIDA

El camino terapéutico es un espacio de salvación, de rescate. Sin embargo, todo ser humano en recuperación entra primero en una fase de duelo. Al inicio se siente un intenso dolor interior, parecido al que se siente cuando fallece un ser querido al que se extraña y se desea volver a ver, a pesar de que ello no sea posible. En el caso del adicto, el duelo es de la droga y lo que experimentaba cuando consumía. Hay una sensación de pérdida, al tiempo de otras reacciones, como insomnio, angustia, ansiedad e irritabilidad. Incluso se pueden desencadenar crisis psicóticas.

En el proceso de rehabilitación, lo primero que emerge durante la primera etapa de duelo es un sentimiento de culpa. Las personas adictas en rehabilitación quieren pedir perdón de todo; reconocen sus errores, y que posiblemente fueron groseros, mentirosos, chantajistas, manipuladores, malos amigos, malos hijos, malos hermanos y malas parejas.

Cuando llega el momento de compartir en tribuna, sienten vergüenza al exhibir todas las actitudes y acciones de destrucción y autodestrucción que cometieron. Expresarlo enfrente del grupo es una experiencia confrontante, sobre todo cuando durante mucho tiempo el adicto escondió sus verdaderos sentimientos e intenciones detrás de una personalidad en apariencia fuerte, alimentada con la fuerza que daban el alcohol y las drogas. En la recuperación, y en ausencia de las sustancias, la defensa del adicto baja, dando lugar a la personalidad que no quiere enfrentar y que siempre buscó esconder, tanto de los demás como de sí mismo. Aquella personalidad herida, sensible, desvalida, que da el sentimiento de ser como niño asustado, que siempre estuvo a la defensiva.

Con posterioridad, en el proceso de rehabilitación, se presenta una etapa de bienestar, de alegría, de felicidad, de contentamiento y de gratitud. Esta etapa es muy corta y se asemeja a una “nube rosa” o a la “luna de miel”, donde todo es bonito. Es un momento de agradecimiento que surge haber llegado a ese lugar. Y el adicto agradece por tener un padrino, por estar entre personas que han vivido lo mismo y por la vida que hay en el grupo, en el centro de internamiento.

Enseguida de esta nube rosa, que dura muy poco, el adicto en rehabilitación toca lo que se llama un “fondo de sufrimiento”, donde toma conciencia de tener una vida de ingobernabilidad que se refleja en su carrera de consumo. Cuando cae de la nube rosa y toca el fondo de sufrimiento, comienza a confrontarse duramente. Porque aparte del consumo, que ya dejó, tiene otros problemas graves, como sentimientos de impotencia ante su propia agresividad y ante los otros. Se da cuenta de que es muy difícil no recurrir a conductas pasadas, y empieza a surgir el deseo de volver a consumir.

Este proceso se da sobre todo cuando una persona vive un proceso de internamiento, pues al volver a la calle nota que la vida continuó para los demás y que nadie hizo una pausa para esperar su llegada. Se da cuenta de que el tiempo pasó y se llevó oportunidades que él no aprovechó. El mundo exterior puede que lo reciba con hostilidad, y las personas que se vieron afectadas por su adicción, lo esperan con resentimientos y reclamos.

Entonces se profundiza el fondo de sufrimiento. El adicto vuelve a caer en la negación, no quiere reconocer lo que hizo y puede considerar que los demás están exagerando. Se siente vulnerable, y el consumo está disponible, es accesible y se ve como una opción. Después de todo, salió a un mundo donde la gente mantiene con su ritmo de vida, sigue consumiendo alcohol y drogas, y las personas más cercanas le tratan con indiferencia y hostilidad. Ante situaciones como estas surge un gran descontento que se presenta con normalidad entre el primero y el segundo año del proceso de rehabilitación.

En esta etapa, el adicto en rehabilitación experimenta descontento, indecisión y un sentimiento de vulnerabilidad. Su lucha interior tiene que ver con la tensión entre el reconocimiento de que no puede recaer en sus conductas pasadas, y la resistencia al tratamiento, a seguir asistiendo a las juntas y a continuar siendo parte del grupo de autoayuda de por vida. A esto se suman las expectativas incumplidas que la familia tenía sobre él, las expectativas de sus maestros, sus amigos, su pareja y las que se hizo de sí mismo. En este episodio de vida se enfrenta a sus aspiraciones rotas y a la imposición de sueños que en realidad no quería, de una imagen que fue creada por él mismo y sus cercanos, una mentira que se contó a sí mismo y a los demás. Esta etapa representa una cruenta lucha interior.

En la etapa del internamiento, el adicto está más protegido porque se encuentra en un mundo controlado, donde no hay drogas ni tentaciones, pero cuando regresa a la calle, al mundo y a la vida, se da cuenta de que las tentaciones siguen ahí, las cuales prometen llenar el vacío que inicialmente lo llevó por el camino de la destructividad. Por eso es indispensable que el adicto en rehabilitación continúe con el proceso de recuperación, que, después del internamiento, se centra en la participación constante y de por vida en el grupo de autoayuda y en el servicio, que le dará sentido a su vida.

En el proceso dentro de grupo, la relación con el padrino es fundamental para la recuperación. En los grupos de autoayuda no se plantea al padrino como una persona, sino como una figura que representa la autoridad, al padre. Muchos adictos tienen una relación distante con su padre, un “divorcio”, pues lo han juzgado, han sido groseros con él, le han robado, lo

han timado, le han mentido. El padrino será un conducto para sanar la relación con el padre, con la autoridad.

A través del apadrinamiento, el adicto en rehabilitación verá que esa relación lo rescata de su soledad, del vacío, de la sensación de andar solo, con impotencia ante la vida, sin poder sujetarse a nada. Es un rescate porque ofrece una alternativa a todo lo que se vivía y causaba dolor.

El servicio, el apadrinamiento y formar parte de un grupo, son los tres elementos que al adicto en recuperación le pueden dar un rumbo, un sentido de vida. En el grupo, la amistad toma gran relevancia, pues es posible formar amistades que partan de la aceptación incondicional. Antes de la recuperación, el adicto convivía con personas con quienes no se identificaba, pero de quienes buscaba aceptación porque no quería estar solo. En cambio, en el grupo se cambia el mundo de las apariencias por el de la autenticidad.

Todos los que se involucran en el proceso de recuperación tienen acceso a este cambio de forma de vida, pero no todos lo logran. Mucha gente que no se queda en el grupo porque implica renunciar a su vida anterior, a personas, a cosas y a conductas. Además, conlleva el aprender a respetar, a tener compasión, a practicar ellos mismos la aceptación de los demás. Para pertenecer, es necesario tener actos de fe en la posibilidad de la recuperación dentro del grupo, porque el adicto en recuperación, cualquier día sin la droga, se siente morir. La clave está en no abandonar la agrupación, ya que ahí están quienes pueden sostenerlo.

En el proceso terapéutico sanan las relaciones cuyos conflictos quedaron inconclusos en el mundo de afuera. No obstante, con el tiempo surgen otras dudas y aumenta la capacidad para distorsionar situaciones. Puede que asuntos que antes le eran problemáticos al adicto, se dejen de lado; no obstante, siempre aparecen nuevos conflictos, y las exigencias que el adicto se hacía antes de la rehabilitación se sustituyen por otras nuevas. Comienza a sentir envidia y celos infantiles de sus compañeros del grupo. Y, en ocasiones, el que ya es padrino se siente en competencia con otros padrinos por la preferencia de los ahijados. Este factor es una manifestación de los problemas no resueltos de la infancia.

Es a través de la catarsis —que forma parte del mecanismo terapéutico de algunos grupos de autoayuda—, como se logra reconocer lo que no se ha resuelto de la niñez, los celos de preferencia, los miedos, el rencor, el vacío que se formó por no sentirse cuidado ni protegido ni visto por los demás. Es inevitable que en los adictos en rehabilitación surjan estos sentimientos, y la catarsis permite darse cuenta de ellos.

Cuando ya se tienen algunos años en el programa, sucede lo que decía el reverendo Bernard Smith, acerca de la *soberbia espiritual*. Se trata de un estado emocional que consiste en creer que ya se ha avanzado en la recuperación y que “ya está del otro lado”. La soberbia espiritual es el renacimiento del ego. En ese momento el adicto en recuperación siente que puede señalar los defectos de otros, y también llega a creer que ya no necesita ser guiado por su padrino. Es normal que se presente la soberbia espiritual cuando la gente empieza a acumular años en el programa, pero se trata de una etapa en donde la recuperación se ve terriblemente amenazada y muchos deciden retirarse.

A consecuencia de la soberbia espiritual, muchos adictos en rehabilitación llegan a terminar incluso en hospitales mentales. Cuando pasa eso, la única salida es el apadrinamiento. Es decir, encargarse de otro adicto como mecanismo terapéutico. Bill Wilson, fundador de Alcohólicos Anónimos, decía: “Cuando nada te dé resultado, busca a otro igual que tú y encárgate de él, cuídalo, llévalo al grupo, compártele tu experiencia, contéstale las llamadas, haz por él lo que otro no está dispuesto a hacer”. Tener ahijados es lo que permite un mayor

involucramiento en el propio tratamiento. Uno de los mayores regalos que da el programa de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos es la capacidad de poder regresar lo que se ha recibido a través del servicio y del apadrinamiento.

Entre los adictos en rehabilitación hay quienes creyeron que su vocación era ser cantantes, arquitectos, empresarios, padres de familia, trabajar en la administración pública, pero en el proceso de rehabilitación descubrieron que su vocación era el servicio, encargarse de los adictos, personas de quienes la sociedad no quiere saber nada.

Para finalizar, las adicciones, los adictos y el proceso de rehabilitación muestran distintas miradas de una realidad que nos implica a todos, ya sea porque somos parte de quienes las generan o somos quienes las padecen, aunque en ocasiones la línea que separa a unos de otros es bastante difusa. Al mismo tiempo, la relación intrincada entre el contexto social, la familia, la gestación, la condición de la hipersensibilidad y los conflictos no resueltos desde la niñez, resaltan el vacío espiritual y la inagotable búsqueda por encontrar un escape ante una realidad confusa, cambiante e insatisfactoria. El proceso de rehabilitación mediante la práctica de principios espirituales y el involucramiento en el grupo, en el servicio y en el apadrinamiento, es el rescate del sufrimiento y la esperanza de encontrar un sentido de vida y una vocación.

Acerca de las y los autores

Casimiro Arce Arriaga es maestro en Psicología Clínica por el Círculo de Estudios de Psicología Profunda, licenciado en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), se formó como psicoanalista en el Círculo Psicoanalítico Mexicano. Sus intereses académicos han girado en torno a la relación entre individuo, grupo y sociedad, lazo social y subjetividad. Ha participado como asistente de investigación en proyectos que trabajan con sectores populares, y la problemática del suicidio y las adicciones. Actualmente, labora en el departamento psicopedagógico de la Prepa ITESO, dando atención psicológica a adolescentes, también se desempeña como docente en la prevención de conductas de riesgo y educación sexual.

Pedro Briones Casillas es consejero en adicciones de una comunidad terapéutica, donde da seguimiento y acompañamiento a usuarios y familias. Ha impartido talleres de prevención y tratamiento de adicciones, así como acompañamiento terapéutico en consulta privada. Ha participado en el fomento de programas nacionales de prevención. Es capacitador en el tema de adicciones y tiene más de 20 años de experiencia en el campo de las adicciones. También ha sido secretario técnico en el Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco (Cecaj).

Eugenia Catalina Casillas Arista es doctora en Ciencias de la Educación, doctora en Psicoanálisis con énfasis en familias y parejas, maestra en Terapia Familiar Sistémica y en Ciencias de la Educación, licenciada en Psicología, y tiene varios diplomados en psicoterapia psicodinámica y terapia de grupo con enfoque psicoanalítico, además de una certificación como consejera en adicciones. En la actualidad es directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), y ejerce como psicoterapeuta desde hace 23 años en la práctica privada, atendiendo pacientes en terapia individual, familiar y de pareja; además de desempeñarse como docente en varias universidades del país.

Sofía Cervantes Rodríguez es profesora titular del Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Es doctora y maestra en Ciencias de la Educación, especialista en Psicoterapia y Psicología Clínica por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Psicoterapia Gestalt por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt (IHPG) y licenciada en Psicología. Es miembro de la Red Nacional de Investigación en los Estudios Socioculturales de las Emociones (Renisce). Ha ejercido como psicoterapeuta clínica en instituciones públicas, en la práctica privada y como supervisora de psicoterapeutas. En la actualidad participa como colaboradora de investigación. Sus líneas de interés son las emociones sociales y los procesos de vincularidad, así como los tópicos relacionados con la psicoterapia.

Frida de la Paz Avila es licenciada en psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). En su trayectoria académica ha colaborado en escenarios hospitalarios y penitenciarios, ha implementado talleres y ha brindado acompañamiento psicológico a poblaciones con problemas de adicción, mujeres privadas de su libertad, personas con enfermedades crónicas y cuidadores/as primarios. Sus principales líneas de interés se relacionan con la dimensión emocional en procesos de salud y enfermedad, la precarización y feminización del cuidado, y el estudio de las adicciones desde una perspectiva de género.

Elba Noemí Gómez Gómez es doctora en Estudios Científico Sociales, cuenta con una maestría en Investigación Educativa y es licenciada en Psicología. Se desempeña como académica-investigadora en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Su enfoque académico se ha centrado en la indagación acerca de los actores sociales, en particular, sobre sus diferenciales de actoría, de agencia. Sus trabajos de investigación abarcan temas relacionados con la conformación de identidades, las formas simbólicas, la capacidad de agencia y las emociones sociales. Ha publicado también algunos trabajos sobre la investigación de corte interpretativo. Coordina el proyecto de investigación “El desarrollo de la capacidad de agencia y la reconfiguración emocional en adictos en proceso de rehabilitación. Hacia una propuesta de prevención”.

María del Pilar Rodríguez Martínez es doctora en Psicología del Aprendizaje Humano con especialización en Psicología de la actividad física y el deporte por la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha colaborado con diferentes instituciones del ámbito público y privado, como la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (Conade), el Comité Olímpico Mexicano y el Club Atlas. Dirigió el Centro de Educación Física y Deporte del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). En la actualidad funge como académica del Departamento de Psicología, Educación y Salud. Sus temas de interés se centran en el estudio del deporte, la actividad física y la recreación como medios para la generación de estilos de vida activos y saludables, herramientas de prevención, y sus repercusiones en el desarrollo de habilidades para la vida.

Dulce María Valencia Vega es directora de Prevención y Combate a las Adicciones de Guadalajara, y profesora titular del posgrado en Psicoterapia del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Estudió Psicología, tiene una maestría en Terapia Familiar y una especialidad en Clínica del Dolor. Es certificadora de consejeros en Adicciones por la Organización Panamericana de la Salud y está certificada en *mindfulness* para conductas impulsivas y autorregulación emocional por MENTTE-CEDAT. Es psicoterapeuta desde hace 25 años en escenarios institucionales clínicos y privados, En la actualidad diseña programas de intervención social y comunitaria; colabora en proyectos de investigación interdisciplinaria en adicciones. Su interés y experiencia interdisciplinaria están en la implementación de la atención y tratamiento de las adicciones, las nuevas adicciones, la violencia intrafamiliar dirigida al hombre, y en la formación y supervisión de psicoterapeutas.



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

**Casimiro Arce Arriaga · Pedro Briones Casillas
Eugenia Catalina Casillas Arista · Sofía Cervantes Rodríguez
Frida de la Paz Avila · Elba Noemí Gómez Gómez
María del Pilar Rodríguez Martínez · Dulce María Valencia Vega**

El fenómeno de las adicciones trasciende al consumo problemático de sustancias. La adicción se presenta bajo diversas formas de dependencia, que tienen en común la disminución de la autonomía, las fracturas emocionales, y la ruptura de los principales vínculos de quienes viven el problema. La persona adicta es un ser humano que se ha visto desdibujado en distintas partes de su vida, y que, a decir de las y los autores, al buscar la vida, se encontró con la muerte.

Este tomo, tercero y último de la investigación “El desarrollo de la capacidad de agencia y la reconfiguración emocional en adictos en proceso de ‘rehabilitación’. Hacia una propuesta de prevención”, plantea un acercamiento amplio, complejo y documentado sobre las adicciones a partir de la construcción de un estado del arte en torno a las emociones, la capacidad de agencia, la prevención y las propuestas terapéuticas y psicoterapéuticas para su tratamiento.

Dirigido a la comunidad académica, profesionales, trabajadores del sector público y actores de la sociedad civil inmersos en el trabajo con las adicciones, las formulaciones del presente tomo se sustentan tanto en el conocimiento generado por la doxa académica, como en materiales de divulgación producidos por la sociedad civil y presentados en páginas de internet, blogs, testimonios, entre otros. Además, recupera bibliografía relacionada con Alcohólicos Anónimos, una organización no gubernamental con más de ochenta años de existencia.

Mediante una perspectiva transdisciplinaria con énfasis en la persona en condición de adicción, estas páginas tienen por objetivo aportar a la comprensión de este escenario en su densidad social y pública e insisten en la necesidad de promover estrategias de prevención y tratamientos que trasciendan el enfoque centrado en el consumo y planteen alternativas más humanas y complejas.

