

Aspectos psicosociales de la enfermedad adictiva a consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, curso de la enfermedad y tratamiento

Psychosocial Aspects of Addictive Disease as a Result of Psychoactive Substance Use, Disease Course and Treatment

Nidia Yineth Preciado Duarte¹ y Julie Jazlady Díaz Martínez²

DOI: 10.17533/udea.rp.v9n2a10

Recibido: 25 de noviembre de 2016. Aceptado: 13 de febrero de 2017. Aprobado: 2 de diciembre de 2017.

Resumen

La presente revisión teórica tiene el objetivo de identificar aspectos psicosociales relacionados con la enfermedad adictiva producto del consumo de sustancias psicoactivas, el curso de la enfermedad y su respectivo tratamiento. La revisión teórica es de tipo descriptivo, desarrollada mediante exploración, selección y recopilación de documentos en diferentes bases de datos y del meta buscador Google académico. El rango de tiempo de inclusión es entre el 2005 y el 2015 donde se hallaron trescientos artículos, de los cuales setenta y seis fueron incluidos en la revisión inicial, reducidos luego a sesenta y dos para el análisis del presente documento. Como resultado se describen factores, tipos de consumo, consecuencias, modalidades de tratamiento e intervención; apartados con los cuales se realizan las conclusiones.

Palabras clave: Abstinencia, Adicción, Rehabilitación, Drogodependencia Y Tratamiento Psicológico.

Abstract

The present theoretical review has the objective of identifying psychosocial aspects related to the addictive disease caused by the consumption of hallucinogenic substances, the course of the disease and its respective treatment. The review was developed descriptively by exploring, selecting and collecting documents in different databases and by the meta search engine Google academic. In a time range between 2005 and 2015, during which an average of three hundred articles were taken into account, of which seventy-six were included in the initial review, and then reduced to sixty-two for the analysis of the present document. As a result, the following are described: factors, types of consumption, consequences, treatment modalities and intervention; with which the conclusions are made.

Keywords: Abstinence, Addiction, Rehabilitation, Drug Dependence And Psychological Treatment.

Para citar este artículo en APA:
Preciado Duarte, N. Y., Díaz Martínez, J. J. y Gómez-López, D. (2017). Aspectos psicosociales de la enfermedad adictiva a consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, curso de la enfermedad y tratamiento. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(2), págs. 157-176.
DOI: 10.17533/udea.rp.v9n2a10

1. Psicóloga, Magister en Psicología, Especialista en Psicología Médica y de la Salud y Especialista en Docencia Universitaria. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: niyipre@gmail.com.
2. Psicóloga. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Correo electrónico: julied0291@gmail.com.



Introducción

Teniendo en cuenta la recopilación de datos epidemiológicos –como los del Observatorio de drogas de Colombia y los del ministerio de salud y justicia del país– entre el 2008 y el 2013, se evidencia que el consumo de alcohol ha disminuido aproximadamente en un 2%, al igual que el consumo de tabaco que disminuyó en un 4%. Sin embargo, un panorama muy distinto se evidencia frente al consumo de otras sustancias, usualmente de carácter ilegal. Por ejemplo, en el mismo período de tiempo se registró un aumento en el consumo de cannabis, cocaína y otras sustancias ilícitas, con un incremento del consumo cercano al 1% (Observatorio de Drogas en Colombia [odc], 2015).

En coherencia con el aumento del consumo, la literatura reporta que actualmente el consumo de sustancias psicoactivas presenta implicaciones de alto costo para el adicto, su familia e incluso para la sociedad. Además, el consumo es visto como una de las principales causas del aumento de los fenómenos como habitancia en calle, de las enfermedades infectocontagiosas y de la pobreza en general. Por lo anterior, se hace necesario abordar esta problemática que, si bien ha sido ampliamente estudiada, actualmente no cuenta con grandes avances en su manejo; por el contrario, ha empeorado en términos de su alto costo e impacto en la sociedad (Gutiérrez y Hernández, 2015; Robert, Torres, Tejero, Campo y Pérez, 2006).

Con el panorama presentado anteriormente, nace el objetivo de la presente investigación: identificar y describir los aspectos psicosociales relacionados con la enfermedad adictiva por el consumo de sustancias psicoactivas, tanto en el curso de la enfermedad como en su tratamiento

con el fin de generar una visión global y reciente del problema. De este modo, poder concluir con algunas posibilidades de tratamiento desde la psicología de la salud, como ámbito de principal intervención en el campo contemporáneo de la disciplina científica de la psicología.

Por tal razón, se exponen aquí los principales elementos metodológicos bajo los cuales se desarrolló la investigación, los aspectos conceptuales y descriptores de la enfermedad adictiva por drogodependencia, las consecuencias de la enfermedad que se han descrito en la literatura, los factores de riesgo, mantenimiento y protección asociados a la misma. Por último, se exponen los tratamientos actuales de la problemática, haciendo énfasis en el tratamiento de orden psicosocial como una salida moderna y eficaz para su manejo, según el reporte en la literatura.

1. Metodología

La presente investigación es una revisión literaria de tipo descriptivo y que se desarrolló en tres fases. La primera consistió en la exploración documental, durante la cual se seleccionó y recopiló información por medio de estrategias y herramientas de búsqueda de unidades de análisis (artículos y libros), dentro de las que se incluyeron: Medisan, Redalyc, Medynet, Scielo, Dialnet, Mediclatina y el meta buscador Google académico. Las palabras clave –combinadas entre ellas– fueron: *abstinencia-consumo*, *enfermedad adictiva-tratamiento*, *abuso de sustancias-rehabilitación*, *drogodependencia-intervención*. Los criterios de inclusión y exclusión utilizados fueron de tipo cronológico con un rango de diez años entre el 2005 y el 2015, además del criterio de temática, según el cual



se tomaron en cuenta contenidos de textos completos y que no incluyeran elementos temáticos exclusivamente médicos. Adicionalmente, se incluyeron textos escritos por profesionales de las ciencias de la salud, sociales y humanas que abordaran la problemática y brindaran alguna perspectiva de tratamiento, dentro de las cuales se encuentra la disciplina de la psicología que se compone de aportes diversos de las áreas en mención. Dentro de la primera fase se filtraron los resultados y se obtuvo un total de trescientas unidades de análisis.

La segunda fase se basó en la lectura, comprensión y análisis de información, durante la cual se seleccionaron y recopilaron en una matriz de registro setenta y seis documentos de texto completo y contenido no específicamente médico. Luego, la tercera fase consistió en la síntesis de la información, comprendida como la realización de las conclusiones pertinentes y la elaboración de un artículo de revisión, dentro de estos se incluyeron sesenta y dos unidades de análisis que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, fueron quienes aportaron para las conclusiones del documento final.

2. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la revisión literaria que fueron elegidos como ejes principales de dicha revisión a partir de la frecuencia con la que se reportaron en la literatura seleccionada; al tiempo que se organizan de manera tal que se aumente la complejidad del fenómeno y se puedan sacar conclusiones acerca de las formas de tratamiento de la drogodependencia.

2.1 Abuso de sustancias y drogodependencia

La condición de adicción por abuso de sustancias es entendida por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) como:

Cualquier droga (legal o ilegal) consumida en exceso, que provoca una activación directa en el sistema de recompensa del cerebro, activando la producción de recuerdos y estimulando diferentes comportamientos razón por la cual el individuo pierde el control de sí mismo (p. 253).

Las drogas ilegales más utilizadas que provocan ese tipo de activaciones cerebrales, según Gálvez (2009), son los cannabinoides, opiáceos, cocaína, metanfetaminas, benzodiazepinas y ácido lisérgico; entre las que son legales, las más usadas son el cigarrillo y el alcohol. Asociación Americana de Psiquiatría

Como consecuencia del consumo abusivo de sustancias psicoactivas (spa) se desarrolla en los consumidores una enfermedad crónica (Isaza, Suárez, Henao y González, s. f.) conocida como drogodependencia, definida por Calabrese (2004) como una enfermedad de carácter crónico y progresiva. Desde los años setenta, la drogodependencia es considerada como una

Las drogas ilegales más utilizadas que provocan ese tipo de activaciones cerebrales, según Gálvez (2009), son los cannabinoides, opiáceos, cocaína, metanfetaminas, benzodiacepinas y ácido lisérgico; entre las que son legales, las más usadas son el cigarrillo y el alcohol. Asociación Americana de Psiquiatría.

epidemia por los problemas socio-sanitarios que se han agravado con el tiempo. Cursa en comorbilidad con patologías somáticas y psiquiátricas, a su vez facilita la incursión de los consumidores en delitos contra la sociedad, así como el descenso de productividad laboral y aumento de conflictos familiares, entre otros efectos sociales (Del Moral y Fernández, 1998). Con la exposición anterior de algunas características del cuadro crónico de la drogodependencia, cabe señalar que éste se presenta por el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, el sujeto se vuelve compulsivo y, en consecuencia, sufre cambios biológicos, psicológicos y comportamentales. Poco a poco convierte el hábito del consumo en una necesidad, lo que conlleva una tolerancia biológica a la sustancia y con ello, un aumento forzado del consumo en cuanto a frecuencia y cantidad (Barra y Diazconti, 2013). Además, Castro (1989) agrega que la enfermedad es caracterizada por los elementos particulares de cada individuo, como la forma en que usa la sustancia, la vía de administra-

ción, los efectos farmacológicos, la edad, el sexo, la clase social y sus creencias religiosas; así como aspectos culturales, las condiciones de urbanización donde habita, régimen legal e incluso las implicaciones económicas formales e informales.

Para comprender la enfermedad de la drogodependencia es fundamental comprender el concepto del síndrome de dependencia a sustancias, descrito por Elisardo Becoña (2002), citado por Martínez, Martín, Valero y Salguero, (2007) y definido como

El conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, manifestándose con deseo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas legales o ilegales; sintiendo malestar cuando pasan lapsos de tiempo sin consumo, el cual obliga al organismo a volver a consumir a consecuencia de reacciones o alteraciones del sistema nervioso (pp.2).

Dentro del cuadro de drogodependencia y el fuerte impacto que éste conlleva en las áreas de ajuste del individuo consumidor frecuente, es usual que por algunos periodos de tiempo surjan intentos para eliminar el consumo y buscar la recuperación de la enfermedad, dichos periodos son denominados como abstinencia conocida, descritos según Castillo y Corcuera (2008) “como incentivo motivacional caracterizado por el deseo o ansia por el consumo de drogas” (p. 9); en dichos periodos de abstinencia suelen presentarse con frecuencia episodios de recaída en el consumo, que permiten evidenciar cómo el consumo, después de un periodo de abstinencia, conduce a la instauración más rápida de las características de la adicción, en comparación con las personas que se inician en el consumo por primera vez (Becoña, 2002).

Según los postulados anteriores, el uso abusivo de sustancias, legales e ilegales, lleva al ser humano a un estado de desequilibrio físico y mental representado por una sintomatología que domina su comportamiento, sin importar las características generales que se den como variable en el consumo de cada individuo. Cabe destacar, además, que la enfermedad tendrá distintas formas de acuerdo al tipo de sustancia que consume la persona, aspecto por el cual a continuación se exponen los principales tipos de sustancia psicoactivas.

2.2 Tipos de sustancias Psicoactivas y tendencias de consumo.

A pesar de los últimos reportes que indican que el índice de consumo durante los últimos cuatro años no ha presentado incrementos representativos a nivel mundial, se calcula que en los últimos cuatro años 43,5 millones de personas murieron por consumo abusivo de spa y otros 29 millones sufren trastornos relacionados (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [unodc], 2015). Ahora bien, en relación a la población norteamericana, la revista National Institute on Drug Abuse (2012) establece diferentes porcentajes de consumo, dentro de los cuales se encuentra en primer lugar el consumo de opioides, utilizados legalmente para controlar el dolor de manera segura y eficaz. En segundo lugar, se encuentran las benzodiazepinas y los barbitúricos, conocidos ambos como sedantes o tranquilizantes, depresores del sistema nervioso central (snc). Y en tercer lugar se encuentran los estimulantes, que son recetados con más frecuencia para el tratamiento del trastorno de déficit de atención.

El uso abusivo de sustancias, legales e ilegales, lleva al ser humano a un estado de desequilibrio físico y mental representado por una sintomatología que domina su comportamiento, sin importar las características generales que se den como variable en el consumo de cada individuo.

A nivel latinoamericano, el 5% de la población ha consumido alguna vez algún tipo de sustancia y cerca del 0,6% son consumidores problemáticos. Al respecto de este último porcentaje, Colombia ocupa el primer lugar con alcohol y tranquilizantes, Chile con cannabis y Argentina con cocaína (Pérez, Mejía, y Trujillo, 2015). En Colombia, Scoppetta (2010) investiga el porcentaje de consumo de spa –tanto ilegales como legales– en edades tempranas e identifica en primer orden a los inhalantes con un 6.1%, seguido por el cigarrillo con el 5.8%, luego se presentan los de alcohol 4.8%, bazuco 2.8%, marihuana 2.5% y cocaína con un porcentaje de 0.8%. Con relación a las cifras anteriores, se puede notar que el consumo más alto en la población colombiana está representado por las drogas legales, esto posiblemente se explica por el fácil acceso a ellas. Según el Reporte de Drogas de Colombia (2015), la marihuana tipo cripy es la droga ilegal más utilizada actualmente, al tiempo que destaca que ésta contiene altos niveles de tetrahidrocannabinoides (thc), consumida en mayores cantidades en Medellín, Antioquia y el eje cafetero. En otras tendencias, se observa que la mayor prevalencia en

consumo es del género masculino con 5,9%, en comparación con las mujeres que obtienen un 1,4% y se ubican entre los estratos bajos de la nación. Un estudio realizado por Álvarez Gómez, et al. (2015), señala que los hombres muestran mayor prevalencia en uso del servicio de urgencias en la ciudad de Medellín por diagnósticos de intoxicación.

Por lo anterior, es claro que se pueden presentar diferentes tipos de consumo: experimental, ocasional, social, recreativo, reiterativo y compulsivo (Henao, 2010). El consumo experimental según Castillo y Chaparro (2013), se define como el primer contacto que se tiene con sustancias psicoactivas, a diferencia del consumo ocasional que es donde se obtiene un consumo usual, con periodos de abstinencia tal como lo plantean Sosa, Villarreal, Ávila, Vera, y Musitu (2014); también exponen el consumo social como la herramienta que utiliza el individuo en algunos contextos para socializar y sentirse aceptado en ambientes donde el consumo de spa es generalizado. Como consecuencia de los primeros tipos de consumo se puede crear una compulsión, en la que la necesidad de droga en el cuerpo se evidencia por medio del malestar biológico, debido a la tolerancia que crea el organismo y que a su vez disminuye el placer que siente el consumidor (Quiroz y Matabanchoy, 2013).

Así, es posible evidenciar –por un lado– que las sustancias más abusadas según los estudios, son aquellas que se consiguen de forma legal, las que no tienen aparentemente ningún tipo de señalamiento social y –por otro lado– que el consumo abusivo trae consecuencias negativas al individuo. Posteriormente, se describió que la droga ilegal más consumida es la marihuana, seguida de otras sustancias más fuertes como la cocaína; en menor rango de consumo están las

metanfetaminas, todas con variaciones en accesibilidad que facilitan el abuso e incrementan las consecuencias y empeoran –de esta manera– el impacto social de la enfermedad adictiva.

2.3 Factores riesgo, de mantenimiento y de protección frente a la drogodependencia

Medina, Cravioto, Fleiz, Galván, y Tapia (2003) nombran como factores de iniciación del consumo a la curiosidad por la sensación, la influencia del entorno, el afrontamiento evitativo, la falta de ocupaciones y la accesibilidad de la sustancia, entre otros. Teniendo en cuenta que el acto de consumir drogas es una experiencia que en ocasiones se da por medio de la búsqueda de aceptación en un grupo, cultura o entorno que es importante para la construcción y desarrollo del sujeto (Henao, 2010).

Con relación a la influencia del entorno familiar en el consumo de spa, Fuentes, Alarcón, García y García (2015) encontraron que en la población adolescente que se inicia en el uso de spa influyen –en mayor medida– los estilos de crianza autoritarios y negligentes, en comparación con los estilos permisivos e indulgentes. Lo que redundo en la importancia del entorno social y la forma en que se relacionan los sujetos con su entorno familiar. De hecho, es posible que los adolescentes repliquen la conducta de consumo de sustancias legales gracias al aprendizaje o a la imitación de sus familiares (Gutiérrez y Hernández, 2015), todo ello coadyuvando a la posible iniciación en el campo de otras sustancias ilegales.

Un elemento trascendental para el mantenimiento de la conducta de consumo tiene que ver con los diferentes factores estresantes que lo

rodean, al respecto la literatura reporta que en los casos en los que la persona drogodependiente ingresa a procesos de rehabilitación, se da inicio a una lucha por mantenerse en sobriedad y dicho momento es un espacio sensible para la recaída, debido al fuerte componente biológico de la adicción, además de la presión psicológica del trabajo, los problemas familiares, las enfermedades comórbidas y los aspectos sociales o del entorno, factores que pueden aumentar la compulsión al consumo, motivar a aplazar la decisión de la rehabilitación e impedir una abstinencia sostenida para quienes se encuentran ya en proceso (Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas de la Salud [insead], 2001).

En la misma línea de los elementos que no facilitan la rehabilitación y que por el contrario mantienen el problema –según investigaciones de unodc (2005)–, se ha encontrado que para el caso de la población femenina, el consumo se mantiene debido a la poca capacidad percibida para la toma de decisiones, a la escasa sensibilización sobre diferencias de género en los tratamientos de salud, a la falta de conocimientos sobre las consecuencias del consumo, a los costos de la rehabilitación, a la baja percepción de apoyo social e instrumental y a la vergüenza.

De acuerdo con un estudio realizado en la Ciudad de México por Fuentes et al. (2016), se evidencian factores que mantienen a las personas lejos del consumo de sustancias adictivas, es decir que funcionan como protectores ante la enfermedad. Entre ellos se encuentran autoestima alta y altos niveles de compromiso personal, social y familiar. Lo anterior es coherente con el aporte de Martínez (2015), quien a partir de su investigación identificó que la capacidad de resiliencia de un individuo aporta herramientas trascendentales a la persona, con las cuales

la persona afronta de manera más adaptativa circunstancias críticas de la vida, facilitando procesos como la toma de decisiones, el control de impulsos, la capacidad de aprendizaje, entre otras cualidades que hacen personas más conscientes y responsables de sus actos. Tales cualidades son también carencias que han sido previamente mencionadas como los principales factores de riesgo para caer en el consumo.

Ahora, en lo que se refiere a los factores de riesgo hay que decir que éstos pueden ser los mismos tanto para el mantenimiento del consumo como para la abstinencia, prueba de ello es que se puede observar que, en varios ejemplos, la familia no era solo un inductor al medio de la drogodependencia –en los casos de familias disfuncionales–, sino que era también un mecanismo de defensa –en los casos de familias flexibles–, aportadoras de valores y de límites. En resumen, lo que para algunos individuos puede ser un factor de riesgo, para otros puede ser un camino a la resiliencia.

2.4 Consecuencias de la drogodependencia

Dentro del reporte de la literatura se observa que la drogodependencia puede tener grandes consecuencias en diversas dimensiones del ser humano, dentro de las más destacadas se encuentran la física, la personal (psicológica) y la social-comunitaria, dimensiones que se expondrán a continuación.

2.4.1 Dimensión física

En general, cuando se abusa del consumo de spa se alteran algunas zonas del cerebro y se produce un daño que se relaciona directamente



con diversos factores como el tipo de sustancia, la cantidad y el tiempo que se ha empleado en el consumo. Los efectos sobre la salud pueden ser crónicos e irreversibles, de hecho el consumo puede causar no solo la incapacidad parcial, sino una incapacidad permanente, pues algunas de las zonas más afectadas del organismo son el tallo cerebral que controla el ritmo cardíaco, la respiración y el sueño; la corteza cerebral, que procesa la información sensorial y permite pensar, resolver problemas y tomar decisiones; y el sistema límbico, donde se aloja el llamado círculo de recompensa del cerebro, que es el encargado de motivar al individuo a repetir conductas necesarias para la supervivencia y la reproducción (Guerrero, s.f.).

Robert et al. (2006) en su estudio sobre el efecto del cannabis, concluyen que el alto consumo produce efectos perjudiciales para la salud física del individuo como taquicardia, hipotensión ortostática, broncodilatación, alteraciones histopatológicas, irritación de las vías respiratorias, bronquitis, disminución de las defensas antitumorales, alteración de los macrófagos e inhibición de la inmunidad celular, lo que puede llevar a fallas en múltiples sistemas orgánicos.

En cuanto a los hipnóticos y sedantes, se ha identificado que tienen capacidades embriagantes, causantes de sedación y letargo de las funciones cerebrales, en situaciones graves pueden incluso llevar a la muerte (Organización mundial de la salud [oms], 2004).

De Carolis, Boyd, Mancinelli, Pagano y Eramo (2015) hablan de las consecuencias del consumo de metanfetaminas que intervienen en el snc, ellas logran la activación del sistema simpático y la aparición de problemas cardíacos, de tensión arterial y de salud oral. Sumado a lo anterior, el impacto de las drogas en la salud también implica la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Al respecto, Kalmanovitz (2014) afirma que las drogas administradas por vía parental propagan enfermedades como la hepatitis y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida sida, lo cual eleva las tasas de mortalidad en las personas que utilizan estos tipos de sustancias.

2.4.2 Dimensión psicológica

Entre las consecuencias más graves del consumo de spa relacionadas con la salud mental, se encuentran patologías asociadas a delirios,

esquizofrenia y demencias. Éstas usualmente presentan altos índices de complejidad, lo que limita llevar un tratamiento de rehabilitación exitoso para el consumidor. Igualmente, el individuo puede padecer consecuencias con mayores porcentajes de rehabilitación, como alteraciones de las funciones superiores, depresión y trastornos del estado de ánimo, los cuales producirán cambios comportamentales que generarán, a su vez, conflictos a nivel relacional y en general en las áreas de ajuste, estas últimas superables mediante el tratamiento integral de la adicción (Andrade y Torres, 2016).

Guerrero (como se cita en Medina et al, 2003), quien agrega otras consecuencias negativas asociadas al consumo, puesto que gracias a éste y a los cambios mencionados anteriormente se modifica la configuración familiar, se altera la calidad de vida, el manejo de las emociones y la condición económica. En el estudio realizado por Pérez y Montero (2014) se observa que en el 75% de los consumidores se presentan conflictos familiares debido a que se quebranta la comunicación, que produce un aislamiento por parte del adicto y rechazo por parte de su núcleo familiar.

2.4.3 Dimensión social-comunitaria

Las implicaciones a nivel socio-comunitario asociadas al consumo de spa, radican particularmente en que algunos adictos terminan habitando en las calles, son patologizados y estigmatizados, hechos que los mantienen en el aislamiento y la desigualdad social. De hecho, la literatura reporta que es usual que algunos adictos que habitan en la calle se vinculen a centros públicos especializados para su resocialización, más conocidos en Colombia como

centros de reintegración social, que coadyuvan a disminuir el costo social de la drogodependencia, aunque no garantizan la resolución del problema y tampoco la rehabilitación para la persona (Gaspard y Rivera, 2016). Con relación a dicho impacto social, Oliva y Rivera (2006) hacen referencia a los costos directos que esta problemática implica, como el costo del tratamiento de las enfermedades relacionadas con el consumo, accidentes de circulación y tránsito y otros, derivados de delitos violentos, que se suman a los costos que generan programas de rehabilitación, inserción laboral e investigación.

Al respecto, se puede afirmar que el individuo –tras el consumo abusivo de spa– genera una serie de consecuencias que abarcan todo su entorno, lo cual contribuye a la pérdida de su calidad de vida, la desestabilización emocional, bajo rendimiento en procesos superiores, alteraciones de salud, desempleo y exclusión social, al tiempo que incrementa la posibilidad de actuar en contra de la ley.

2.5 Tratamiento de la drogodependencia

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016), los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son creados con el propósito de mejorar la salud y ejercer control sobre ella, por medio de la creación de políticas públicas y de ambientes saludables; para así conseguir la participación de la población, cambios en estilos de vida saludables y la reorientación de los servicios de salud. Eslava (2002) menciona que la prevención de la enfermedad es entendida como la posibilidad de evitar y controlar la enfermedad, así como factores de riesgo que la favorecen a

través de la caracterización del problema y sus causas, para obtener intervenciones concretas que pueden realizarse en niveles individuales, familiares y colectivos.

Con relación a la adicción por consumo de spa, en el país se encuentran programas de prevención del consumo por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [icbf] (2016), en los cuales la principal herramienta consiste en la educación con temáticas relevantes. Ello ha sido presentado en diferentes sesiones que tratan temas como uso y abuso de sustancias –legales e ilegales–, así como toma de decisiones, estilos de afrontamiento, uso creativo del tiempo libre, calidad de vida, autocuidado, autoestima, autoconfianza, autoimagen, autocontrol, resolución de conflictos, tolerancia, comunicación y redes de soporte o apoyo, entre otros. Además, existe el programa *Educar para resistir el uso y el abuso de las drogas y la violencia* (dare), que está a cargo la Policía Nacional de Colombia (2012) y según el cual se busca educar a estudiantes –niños, niñas y adolescentes–, así como generar conciencia sobre el impacto negativo del consumo y ayudar en la disminución de jóvenes inmersos en consumo de spa o situaciones violentas.

Los programas anteriormente mencionados emplean modelos de atención integral, al respecto García y Arévalo (s. f.) afirman que hoy en día –a partir del modelo biopsicosocial– se ha modificado la visión y el tratamiento de rehabilitación del consumidor de spa, lo que lleva a cabo una atención que logra la integración de varios niveles: social, médico y psicológico. Lo cual apoya la necesidad de realizar un trabajo interventivo e interdisciplinar, dentro del que se destaca la intervención de varias especialidades que comparten enfoque de atención a la problemática (Rodríguez, 2015).

Teniendo en cuenta que la rehabilitación de la drogodependencia consiste en un manejo interdisciplinar, el rol del médico –en especial si es desde área de toxicología– es de suma importancia. Según Puig, Ferrando, Martín y Xarau (2012), esa es la primera instancia encargada de diagnosticar correctamente la drogodependencia, por medio de exámenes que determinen el perfil toxicológico del paciente para la correcta remisión del tratamiento.

Hernández y Ordoñez (2010) por su parte, reportaron que la empatía en la relación terapéutica es un factor determinante en el éxito del tratamiento. Además, observaron que los médicos la utilizan como estrategia en el inicio de su intervención, por medio del establecimiento del respeto, la igualdad y el interés por conocer el entorno del enfermo, al tiempo que destacan la relevancia que tiene la visión humana e integrada hacia el ser humano. Punto que hoy en día médicos y psicólogos comparten, es a través del cual coadyuvan a establecer la atención integral de la rehabilitación de drogodependencia.

Según Hernández (2010), el tratamiento de drogodependientes en el país se inicia cuando la persona adicta se pone a disposición de la ciencia para tratar la intoxicación, es decir cuando realiza el proceso de eliminación del tóxico por medio de la aceleración de eliminación de fluidos mediante el uso de fármacos. El proceso se lleva a cabo bajo la estricta supervisión de ciertas condiciones tales como: presencia de intoxicación aguda, presencia de abstinencia, complicaciones de índole médica, complicaciones emocionales, conductuales o cognitivas, disponibilidad para el cambio, posibilidad concreta de recaídas, uso continuado o problemas constantes y entorno de vida y de recuperación (Capece, 2010). Bajo dicho proceso de segui-

miento, al paciente se le realiza una evaluación de necesidades, a partir del cual el médico tratante tiene la capacidad de recomendar la modalidad del tratamiento a seguir, ya que puede requerir tan solo la desintoxicación intrahospitalaria o atención en comunidad terapéutica, ambulatoria o interna. Todo depende del contexto del paciente y las afecciones biológicas, psicológicas o sociales que se evidencien (Pereiro, Miguel, Carrera y Pérez, 2010).

Las comunidades terapéuticas se reconocen por ser entidades que manejan al paciente en modalidad de interno durante los primeros meses del proceso y tras la culminación satisfactoria de esta primera etapa, en modalidad ambulatoria (Fiestas y Ponce, 2016). En el proceso de modalidad interna que obtiene el paciente en el tratamiento de su enfermedad, se realiza la evaluación y rehabilitación de la dependencia a sustancias adictivas, se tratan síntomas psiquiátricos severos secundarios al consumo, así como su resistencia o el fracaso de procesos anteriores de rehabilitación ambulatoria, planificación, seguimiento, la consolidación de logros en el proceso de rehabilitación. Mientras tanto, en el proceso ambulatorio se busca que los conocimientos adquiridos en la fase anterior del tratamiento sean aplicados en el contexto real, que le permitan al paciente mantener una relación constante con su entorno familiar, laboral y social; así como brindarle soporte para que permanezca en abstinencia a pesar de la libertad que ello implica (Becerra y Bazo, 1999).

Desde el punto de vista psicológico, se utilizan estrategias distintas en el marco de la rehabilitación. La terapia individual que se encarga de brindar apoyo y acompañamiento a la persona adicta, se enfoca también en la identificación de factores que influyen en conductas inadecuadas e integran la intervención con las áreas de ajuste del paciente (Marcos y Garrido, 2009). Como parte de la modalidad de terapia individual –según el reporte de la literatura– es común utilizar técnicas de reestructuración cognitiva (rc) que requieren de un buen dominio de conocimiento del trastorno a tratar, agilidad y creatividad de pensamiento, así como mantener una interacción fluida. La técnica se utiliza con el objetivo de que la persona identifique y cuestione sus pensamientos irracionales, de modo que sean sustituidos por ideas o pensamiento apropiados, que reduzcan o eliminen la perturbación emocional y/o conductual asociada a ideas desadaptativas involucradas en la enfermedad (Bados y Garcia, 2010). Otras estrategias reportadas desde el modelo conductual se basan en técnicas de intervención relacionadas con la prevención de recaídas, eliminación de mantenedores de las conductas adictivas y el sentido de pertenencia del proceso de recuperación (Sánchez, Gradolí y Gallús. 2004).

Por otro lado, dentro de la literatura se reportan alternativas de terapia familiar, aplicadas al proceso de rehabilitación como vía de apoyo. En el marco de estas terapias se considera a la familia como un grupo de relaciones significativas, desde la que se observan patrones de interacción y de secuencias repetitivas, que se suman a la identificación de pautas en los comportamientos relacionales con la pretensión de generar –a través de ellas– un cambio en la interacción familiar que redunde en opciones de conciliación, donde el terapeuta es el intermediario de cada proceso (Ramírez, 2001). Al respecto, las investigaciones indican que el apoyo familiar y la participación activa del paciente en el tratamiento son componentes esenciales para alcanzar buenos resultados en la rehabilitación, incluso en los casos con las adicciones más severas (Institutos Nacionales de la Salud, 2001).

Con relación a la inclusión de la familia en el proceso de rehabilitación, un ejemplo podría ser La familia enseñante, un modelo alternativo de tratamiento y rehabilitación psicológico que facilita combatir el problema de la farmacodependencia. Es usualmente aplicado a niños y jóvenes farmacodependientes que se caracterizan principalmente por inhalar disolventes industriales, además ofrece la posibilidad de efectuarse en un programa estructurado a través de principios, técnicas y procedimientos conductuales (Mata y Quiroga, 1987).

Según Romero (2008) la intervención psicosocial –basada en terapia grupal– es desarrollada en forma de charla terapéutica entre miembros de una comunidad en situaciones similares. También se le conoce como grupo de apoyo, que se basa en facilitar que los pacientes tomen consciencia de sus pensamientos inadecuados con relación al consumo y que generen con-

ciencia de la enfermedad. Cabe mencionar que –respecto a esta estrategia– el autor menciona a la intención de cambio como directamente proporcional a las intenciones del individuo de satisfacer su consumo.

Como se ha mencionado, la disciplina de la psicología ha desarrollado mecanismos de intervención ajustados a la drogodependencia, que es un foco de interés de la psicología de la salud, esta última descrita por Oblitas (2008) como

La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (p. 10).

Santaccreu (1991) en su texto agrega que la psicología de la salud se interesa por conocer la raíz de los problemas, pero también posee la relevancia de comprender a los sujetos como seres saludables. Teniendo en cuenta el entorno en el que se desarrolla, es un factor determinante de riesgo o de protección de los diferentes comportamientos de adaptación.

Uno de los ejemplos más comunes de la aplicación en esta área es la psicoeducación, que se describe como una técnica de intervención psicológica, originada a partir de las necesidades de la psicología clínica y de la salud. Tiene el objetivo de dotar al paciente de herramientas las necesarias que le permitan ser proactivo dentro de su tratamiento con el fin de reducir las posibles recaídas (Colom, 2011). Ello es posible lograrlo por medio de la información que se le ofrece al individuo, así como de au-

mentar la conciencia acerca de su condición de enfermedad, con la intencionalidad de modificar el comportamiento de la persona respecto a su enfermedad y con ello influir para que la intervención psicológica terapéutica sea más efectiva (Gavino, 2010).

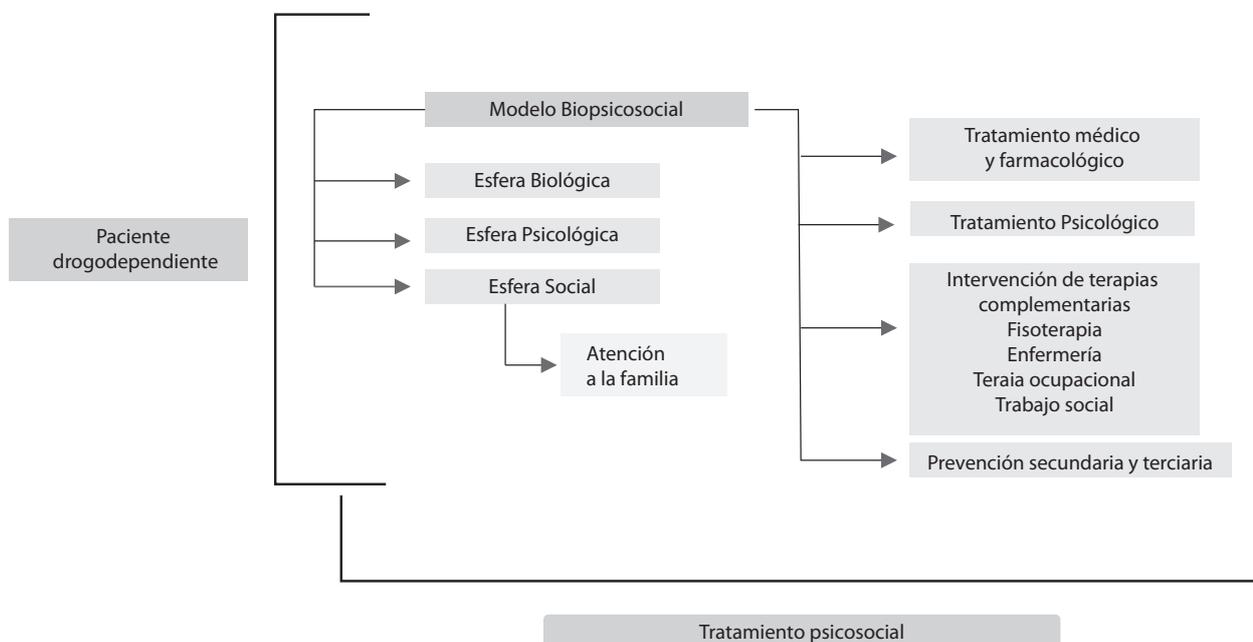
Debido al impacto social que tiene el consumo de spa, las sociedades se preocupan por encontrar estrategias que permitan y motiven a las personas a buscar ayuda para enfrentarse al consumo con el objetivo de obtener un impacto social por medio del cambio, por ejemplo, muchos países se han preocupado por prevenir el abuso de sustancias psicoactivas por medio de tácticas como las que exponen Rodríguez, Costa y Barreto (2005), quienes refieren en su texto un tratamiento que influye y genera una postura preventiva y de promoción de la salud, por medio de cambios en sus hábitos y estilos de vida.

De lo anterior es posible concluir que el trabajo interdisciplinar es de gran relevancia para el mejor resultado del tratamiento que recibe el paciente, ya que cada profesional de la salud tiene un área de ejecución distinta, pero que se dirige al mismo objetivo: la rehabilitación del paciente y la recuperación de su calidad de vida. También se resaltan los factores más importantes que juegan en el éxito del tratamiento como la intención de cambio, la relación médico-paciente y el apoyo familiar –ver Figura 1–.

3. Conclusiones

Una vez revisada la literatura, es posible concluir que el uso abusivo de sustancias –legales e ilegales– conllevan deterioro físico y mental del usuario y pérdida de control sobre su comportamiento, tal efecto se relaciona directamente

Figura 1. Modelo de tratamiento psicosocial de la drogodependencia



Fuente: elaboración propia



El consumo compulsivo de SPA es determinado como un problema y una enfermedad con raíces en la sociedad, debido a que una de las consecuencias del consumo es el desarrollo de trastornos psiquiátricos que no reciben tratamiento alguno en su proceso de enfermedad.

con los bajos costos y el acceso a las diferentes drogas, lo que empeora el impacto social de la enfermedad adictiva (Robert et al. 2006; Pérez y Montero, 2014; Gaspard y Rivera, 2016).

Los factores ante el consumo son variables, dependen del individuo y se aplican de manera positiva o negativa según la percepción de éste. Por ejemplo, la familia puede verse como factor inductor o como mecanismo de defensa y protección ante el consumo de drogas. En otras palabras, lo que para un individuo puede ser un problema, para otro puede ser un camino a la resiliencia o la prevención.

El consumo compulsivo de spa es determinado como un problema y una enfermedad con raíces en la sociedad, debido a que una de las consecuencias del consumo es el desarrollo de trastornos psiquiátricos que no reciben tratamiento alguno en su proceso de enfermedad (Colom, 2011; Del Moral y Fernández, s. f.). Además, los consumidores son considerados personas excluidas de la sociedad, lo cual implica más consecuencias negativas, tanto en ellos como en sus familias y hasta en la misma sociedad. Todo ello genera altos costos, por tratamientos

de rehabilitación, manejo de patologías secundarias, aumento en índices delictivos y de violencia, entre otras muchas consecuencias sociales. A nivel individual, genera pérdida de la calidad de vida, inestabilidad emocional y bajo rendimiento en procesos superiores, así como alteraciones de salud, desempleo, exclusión social, y problemas de comportamiento (Gutiérrez y Hernández, 2015; Robert et al. 2006; García y Arévalo, s. f.).

Los efectos de la drogadicción obligan a la sociedad y sobre todo al personal de atención en el campo de la salud a formular planes y estrategias de intervención efectivas que combatan esta enfermedad, como lo hacen hoy en día los programas de promoción y prevención. En ese orden de ideas, a través de los distintos mecanismos de intervención mencionados, como *políticos, sociales, culturales y de atención en salud*, se concluye que con relación a las modalidades de tratamiento ambulatorio, interno o mixto aquellos que son internos a la luz de la literatura han sido catalogados como los más efectivos, pues coadyuvan a la rehabilitación y resocialización de esta población por medio de la adquisición de nuevos conocimientos que fomentan la con-



ciencia de enfermedad (Colom, 2011; Fiestas y Ponce, 2012; Gaspard y Rivera, 2016).

Finalmente, dentro de todas las modalidades de tratamiento reportadas en la literatura, se destaca como un factor fundamental la intención de cambio que demuestre el individuo. Por ello, es de trascendental importancia la intervención del psicólogo desde una perspectiva educativa, de soporte emocional y que incluya –como un componente principal– a la familia del afectado, con miras a obtener una rehabilitación duradera en el tiempo y evitar así la posibilidad natural de la recaída (Rodríguez, Costa y Barreto, 2005; Romero, 2008 y Gavino, 2010).

Referencias

- Álvarez, G., Castañeda, H., Estrada, A., Salazar, A., Zuluaga, A., y López, G. (2015). Características sociales de la salud en urgencias de la Clínica Universitaria Bolivariana (Medellín-Colombia) por intoxicación con sustancias psicoactivas. *Investigaciones Andina*, 17(31), 1408-1417.
- Andrade, J y Torres, D. (2016). Estado del arte del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Quindío, en el periodo 2009-2012. *Rev. Drugs and Addictive Behavior*, 1, 29-52.
- Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/1756>
- Bados, A. y García, E. (2010). *La Técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/reestructuraci%3b3n.pdf>
- Barra, A., y Diazconti, R. (2013). Guías Para el debate. *Las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. Recuperado de http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/gpd_uso_abuso_final.pdf
- Becerra, B. y Bazo, J. (1999). Diagnóstico situacional de las Comunidades Terapéuticas Peruanas con drogas. NAS. Recuperado de http://www.venumperu.com/libro%20problema%20drogas%202003/libro%201a_p97_106.pdf
- Becoña, E. (2002). *Base Científica de la prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Ministerio Interior.
- Calabrese, G. (2004). Visión actual de la farmacodependencia en anestesiólogos. *Rev. Argent. Anestesiol*, 62(2),106-113. Recuperado de http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/663/c.pdf
- Capece, J. (2010). La internación en el paciente adicto. *Vertex*, 21, 27-34. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex89.pdf#page=28>
- Castillo, D. A. y Chaparro, P.J. (2013). Descripción del consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes universitarios de primer semestre del programa de psicología. *Polisemia*, 16, 94-101. Recuperado de <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=descripcion+del+consumo+de+sustancias+psicoactivas+en+estudiantes&btnq=&lr=>
- Castillo, I. L. y Corcuera, B. (2008). *Craving: concepto, medición y terapéutica*. *Rev. Norte de salud mental*, 32, 9-22.
- Castro de la Mata, R. (1987). Farmacodependencia en el Perú. *Psicoactiva*, 1(1), 15-53.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Rev.*

- Colomb. Psiquiat.*, 40, 147-165. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40s1/v40s1a10.pdf>
- Colombia, Observatorio de Drogas de Colombia. (2015). *Reporte de Drogas de Colombia*. Bogotá D.C.: odc.
- Colombia, Observatorio de Drogas De Colombia. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá D. C.: odc.
- De Carolis, C., Boyd, G., Mancinelli, L., Pagano, S. y Eramo, S. (2015). Abuso de la metanfetamina y "boca de meta" en Europa. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 20(4), 218-223.
- Del Moral, M y Fernández, L. (1998). *Conceptos fundamentales en drogodependencia*. Recuperado de <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>
- EE.UU. Department of Health and Human services. (2004). *El Tratamiento de Abuso de Sustancias y la Terapia Familiar*. Recuperado de <http://www.attcnetwork.org/regcenters/productdocs/1/productpdf/manuales/tip39/tip39.pdf>
- EE.UU., Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2001). *Principios de tratamientos para la drogadicción*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>
- EE.UU., National Institute on Drug Abuse. (2012). *Medicamentos de Prescripción: Abuso y adicción*.
- Eslava, C. (2002). Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *Rev. De Salud Pública*. 4(1), 1-12.
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancia psicoactivas: una revisión sistemática. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*, vol. 29(1), 12-20.
- Fuentes, M., Alarcón, M., García, M., y García, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Rev. Anal. Psicol.*, 31(3), 1-8.
- Fuentes, M., Flórez, G., Herrera, C., Carrillo S., Alfaro, A., y Godoy, M. (2016). Impacto de la capacitación para la prevención de adicciones en el itcj. *CULCyT*, 2, 14-21.
- Gálvez. (2009). Farmacodependencia y abuso de sustancias: ¿un problema de salud pública colombiano olvidado, mal enfocado, distorsionado o convertido en una vendetta política? *Rev. colomb. Psiquiatría*, 38(2), 1-8.
- García, R. y Arévalo, B. (Sin fecha). La intervención con población drogodependiente en situación de calle. *Documentos de Trabajo Social*, 56, 94-112.
- Gaspard, J. y Rivera, S. (2016). Drogadicción y aislamiento social. Reflexiones sobre la atención a drogadictos en Francia y Colombia. *Rev. Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(2), 315-338.
- Gavino, A. (2010). Habilidades del terapeuta. En Espada, J., Méndez, F y Olivares, J. *Terapia Psicológica: Casos prácticos* (23-44). España: Pirámide.
- Guerrero, M. V. (2013). El cerebro adicto. ¿Cómo ves? *Revista de divulgación científica de la UNAM*, 177, 10-14. Recuperado de <http://www.comoves.unam.mx/assets/revista/177/el-cerebro-adicto.pdf>
- Gutiérrez, D. y Hernández, D. (2015). La familia, factor inductor del uso indebido de drogas en la adolescencia. *Rev. Apuntes universitarios*, 5(2), 113-122.
- Henao, S. H. (2010). *Representaciones sociales del consumo de "drogas" y de las intervenciones respectivas en un contexto local: la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/4943/1/18684968.pdf>
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiatría*, 39(210), 153-170.
- Hernández, D. S., y Ordoñez, (2010) R. E. La empatía con el paciente adicto: su conceptualización por médicos, psiquiatras y psicólogos. Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/empatia.pdf.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2016). *Programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas*. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/pg4.gth_programa_de_prevenccion_de_consumo_de_alcohol_tabaco_y_otros_sustancias_psiocoactivas_v2.pdf.

- Isaza, C., Suarez, P., Henao, J. y González, M. (Sin fecha). Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. *Investigaciones Andina*, 12(21), 24-34.
- Kalmanovitz, S. (2014). *Clasificación del abuso de Drogas*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/opinion/clasificacion-del-abuso-de-drogas-columna-523039>
- Marcos, S. y Garrido, F. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 339-362.
- Martínez, L. (2015). Importancia de la Resiliencia e Inteligencia Emocional en el consumo de Cocaína. Recuperado de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/8693/TESIS%20Martínez%20López.pdf?sequence=1>.
- Mata, A. y Quiroga, H. (1987). El modelo de tratamiento “La Familia Enseñante” aplicado al problema de la farmacodependencia en México. *Salud Mental*, 10(4), 20-29. Recuperado de <http://www.inprfcd.gob.mx/pdf/sm1004/sm100420.pdf>
- Medina, M., Cravioto, J., Fleiz, C., Galvan, F., y Tapia, C. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública Mex*, 45, 16-25.
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (2016). *Documento de fundamentación y estructura de la estrategia formativa a profesionales de la salud para la implementación de la estrategia de Prevención Indicada del Consumo Problemático de Alcohol en Estudiantes Universitarios*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/implementacion-estrategia-prevencion-consumo-alcohol-universitarios.pdf>
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *AV. PSICOL*, 16(1), 10-36.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas*.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015). *Informe mundial sobre las drogas. Resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer. Recuperado de https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf
- Oliva, J., & Rivera, B. (2006). Los costes sociales del consumo de drogas ilegales en la Comunidad de Galicia. *Presupuesto y Gasto Público*, 44, 105-131.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- Pereiro Gómez, C. (Ed.) (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. España: Socidrogalcohol.
- Pérez, A., Mejía, J., y Trujillo, T. (2015). *Evolución de la prevención del consumo de drogas en el mundo y América Latina: 1970-2014*. Recuperado de <http://nuevosrumbos.org/wp-content/uploads/2015/12/Evolucio%C2%A6%C3%BCn-de-la-prevencio%C2%A6%C3%BCn-de-drogas-en-el-mundo-y-en-Ame%C2%A6%C3%BCrica-Latina-1970-2014-copia.pdf>
- Pérez, M. y Montero, A. (2014). Caracterización biopsicosocial del consumo de drogas que afectan la conciencia y la personalidad en el Policlínico Docente “Ana Betancourt”. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 30(1), 48-58.
- Puig, C., Ferrando, P., Martín, B. y Xarau, N. (2012). Encuesta a urgenciólogos sobre el papel del laboratorio en el manejo de las intoxicaciones agudas. *Rev. De la sociedad Española de la Medicina de Urgencias y Emergencias*, 6, 447-453.
- Quiroz, C., y Matabanchoy, T. (2013). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad Mariana y la Institución Universitaria Centro de Estudios Superiores María Correti. *Revista Unimar*, 61.
- U.S. Asociación Americana De Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 Editorial médica panamericana*.
- Ramírez, M. (2001). Terapia Familiar y Adicciones. *Revista Internacional de Psicología*, 2(1), 10.

- Robert, A., Torres, A., Tejero, A., Campo, C. y Pérez, J. (2006). Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. *Trastornos Adictivos*, 8(3), 148-154. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13091702&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=113&accion=l&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v08n03a13091702pdf001.pdf
- Rodríguez, A. (2015). Redes profesionales e interdisciplinariedad en Trabajo Social Comunitario: Una respuesta integral a problemas sociales multidimensionales. *Revista de Servicios Sociales*, (58), 41-50.
- Rodríguez, J., Costa, M. y Barreto, P. (2005). Planificación y estrategias para la creación y puesta en marcha de un servicio de psicología clínica y de la salud. Recuperado de http://www.copmadrid.org/web/files/colegiados_ap_01_planificacion_y_estrategias_para_la_crea.pdf
- Romero, R. (2008). Psicoterapia grupal en adictos. *Rev. de Filosofía y Psicología*, 3(17), 77-95.
- Sánchez, H., Gradolí, V. y Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en Adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159-166.
- Santaccreu, J. (1991). *Psicología clínica y psicológica de la salud*. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/salud/bibliog/clinica-salud.pdf
- Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/co03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>
- Sosa, J., Villarreal, M., Ávila, M., Vera, A. y Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78.

