

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

**¿De qué hablamos cuando hablamos de
adicciones?**

Evangelina Beatriz Mastandrea Vallejo CI: 4.268.185-0

Tutor: Prof. Tít. Mag. Juan E. Fernández Romar

RESUMEN

El término adicción es considerado polisémico ya que presenta varios significados que se relacionan, tal como ocurre también en el caso de las toxicomanías, farmacodependencias, drogodependencias y sustancias psicoactivas entre otras.

Las adicciones son comprendidas de muy variadas formas lo que hace difícil cualquier definición precisa. Si bien el término adicción se encuentra asociado tradicionalmente al consumo de drogas, en 2013 el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en su quinta edición amplió su definición incluyendo al juego patológico.

Durante el último quinquenio numerosos autores han robustecido el concepto de adicción, delimitando su alcance en base a numerosos estudios clínicos y la extensa investigación que se desarrolla en todo el orbe sobre abuso de sustancias, quedando ligado frecuentemente al concepto de “dependencia” (Le Moal y Koob, 2007).

Asimismo, distintos autores han impuesto el criterio de discriminar dos fenómenos diferentes cuando se trata de consumos abusivos: la dependencia fisiológica y la dependencia psicológica de sustancias (Eddy et al., 1965; Himmelsbach, 1943). Si bien en la actualidad existen muchas teorías sobre los fenómenos adictivos, ninguna de ellas por si sola puede dar explicación a la diversidad fenoménica que estos abarcan.

El presente artículo realiza una revisión bibliográfica sistematizando las lecturas críticas más relevantes del último quinquenio, en un intento de presentar el estado del arte sobre el elusivo concepto de adicción, sus diferentes enfoques y los múltiples abordajes.

Palabras clave: Adicción, toxicomanía, drogodependencia.

ABSTRACT:

The term "addiction" has multiple meanings since it has several ways that relate to each other, as in the case of drug addiction, substance dependence and/or abuse, psychoactive substances, among many others.

Thus addictions are approached in various forms and ways, making it difficult to define them exactly. While that term "addiction" is traditionally associated with drug use, in 2013 the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, in its fifth edition, has expanded its definition also including pathological gambling.

During the last five years many authors have strengthened the concept of addiction, limiting its scope based on numerous clinical studies and extensive research that develops around the globe, being substance abuse linked frequently to the concept of "dependency" (Le Moal and Koob, 2007).

Also, different authors have imposed the discriminating of two different phenomena, physiological and psychological dependence to substances, when we are always talking about substance abuse. (Eddy et al, 1965. Himmelsbach, 1943.) While there are many theories about phenomena or addictive substance dependence today, the truth is that none of them alone can give an explanation for the extraordinary diversity that they cover.

This article makes a literature review on the subject, systematizing the most relevant reviews of the last five years, in an attempt to present the state of the art on the elusive concept of addiction, their different approaches and multiple approaches.

Keywords: Addiction, toxicomania, drug dependence.

Introducción: Sobre la Evolución del concepto

Según la real Academia Española (RAE, 2014) la “adicción” es definida por la dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico, incluyendo la aflicción extrema a alguien o algo. La Asociación Americana de Psicología (APA) en cambio, la define como “una condición en la que el cuerpo debe consumir una determinada sustancia para evitar síntomas de abstinencia de carácter físico y psicológico” (American Psychological Association, 2015; Fernández Artamendi & Weidberg, 2016). No obstante, esta definición es a menudo ampliada incluyendo no solo el campo de las drogas sino también el juego patológico.

Basteiro y colaboradores afirman que dicho termino se encuentra tradicionalmente asociado al consumo de drogas y de hecho así lo aborda históricamente el Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2002) en donde se la define como un abuso y dependencia de cualquier tipo de sustancias psicoactivas. (Basteiro, 2013)

La cuestión de la dependencia resulta muy importante en la categorización de las adicciones ya que usualmente se utiliza como criterio de demarcación de la pérdida del equilibrio fisiológico de un individuo (Le Moal & Koob, 2007). También se suele discriminar entre dependencia fisiológica y dependencia psicológica en la consideración y taxonomización del consumo abusivo de sustancias (Eddy, 1965; Himmelsbach, 1943) aunque el término adicción se ha convertido en sinónimo de la combinación de ambas formas de dependencia, haciendo referencia a cualquier estado en donde se necesita tener y consumir una droga en forma continua. (Nielsson, 1982)

Ya en los años 60, la organización Mundial de la Salud (OMS), recomendó que se abandonara el concepto de adicción y se utilizara en su lugar el término dependencia. Por esta razón en 1987 la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera edición (DSM-III-R, APA) incluyo el término dependencia y no adicción para referirse al trastorno caracterizado por la búsqueda compulsiva e incontrolable de droga. El argumento utilizado, fue la consideración que la palabra adicción podría llevar connotaciones de índole despreciativas y estigmatizantes hacia las personas que padecían un trastorno por abuso de sustancias.

La toma de dicha decisión teórica inició una gran controversia debido a que el concepto de dependencia ya estaba en uso para designar las adaptaciones que

ocurrían cuando medicamentos actuaban en el sistema nervioso central, por ejemplo en fármacos para el tratamiento del dolor, la depresión o la ansiedad. Esto generó una enorme confusión entre los clínicos al tener que diferenciar entre la dependencia en el sentido en que lo plantea el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) o sea como sinónimo de adicción; y la dependencia como adaptación fisiológica normal consecuenta a la administración repetida de un fármaco. (O'Brien, 2006).

En la quinta edición del DSM se ha cambiado la terminología de “dependencia” mantenida desde la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R), por el término “trastorno por abuso de sustancias” (“substance use disorder”), al considerarse un consenso entre dependencia y adicción. Por otro lado diferentes investigadores han sostenido que el desarrollo de un proceso adictivo pueden tener los mismos componentes –dependencia fisiológica y psicológica- pero sin la presencia de sustancias.

Tal es así que autores como Echeburúa y Corral (2009) citados por Basteiro sostienen que cualquier conducta es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. De este modo, la adicción puede originarse debido a la intervención de una sustancia, pero también puede motivarse por la pérdida de control por parte del sujeto, el establecimiento de una relación de dependencia, una tolerancia hacia esa conducta y la interferencia grave de esta en la vida cotidiana (Basteiro 2013)

Los tipos de dependencia

La adicción afirma Zanutto (2011) en ningún caso comienza como algo intempestivo para la persona, sino que comienza como un hábito de algo que le produce un cierto bienestar para luego convertirse en una conducta compulsiva. Cuando esta conducta ocasiona problemas emocionales, conductuales y sociales estamos finalmente frente a un problema de adicción. Ahondando en una adicción como la del tabaco Zanutto manifiesta que se sostiene en ciertas características especiales que denomina: “triple dependencia”.

Esta “triple dependencia” se compone de la dependencia física o química, la dependencia psicológica y la social.

La dependencia psicológica a diferencia de la dependencia física es mucho más compleja ya que la misma trata de un fenómeno absolutamente personal arraigado en las costumbres, la personalidad, la familia, el trabajo, los vínculos, el dolor y una innumerable cantidad de fenómenos propios del ser humano, el ser humano

experimenta este tipo de dependencia para evitar el displacer que le provoca no consumir. (Zanutto, 2011)

Enfoque Biologicista

La adicción a sustancias psicoactivas es considerada como una enfermedad que “afecta el cerebro y el comportamiento: factores biológicos y del medio ambiente asociados a variaciones genéticas, contribuyen a la expresión de esta enfermedad”. Guzmán, 2009 (Citado en Gómez, 2011)

La adicción es definida: “como una enfermedad crónica, con recaídas, caracterizada por la búsqueda compulsiva de la sustancia y su uso, a pesar de los daños que pueda causar. Como consecuencia se dan cambios cerebrales, a nivel estructural y de funcionamiento”. Ruiz, 2002) La adicción entonces puede ser vista como una enfermedad adictiva, (...) la persona se encuentra fuera de contacto con lo que siente y piensa. (Zanutto, 2011)

Las características de la dependencia física o química son generadas en el contacto con el objeto de consumo -en este caso el cigarrillo-, cada pitada provoca a nivel cerebral una agradable sensación, esto es producido por una descarga de dopamina (recompensa dopaminica) en el *núcleo accumbens*, el mismo cumple importante funciones en el placer incluyendo la risa y el efecto placebo, por ello se encuentra implicado en el circuito premio-recompensa.

En el proceso contrario el no fumar provoca una “desagradable” descarga del neurotransmisor noradrenalina en el *Locus ceruleus*. Estos núcleos del tronco cerebral intervienen en los mecanismos del deseo y la abstinencia”. (Zanutto, 2011)

Siguiendo con esta línea se puede afirmar que: “Bajo el consumo abusivo de drogas subyacen mecanismos de gratificación que tienen una clara base neurológica sustentada en complejos procesos moleculares”. (Guerri, 2012)

La recompensa o gratificación tiene su propio circuito neuronal. Este circuito se compone de neuronas y las proyecciones que utilizan la dopamina como neurotransmisor.

“Estas neuronas se encuentran en el área tegmental ventral (área profunda del cerebro) estableciendo conexiones con sistemas cerebrales muy importantes para la recompensa, las emociones, el aprendizaje (*núcleo acumbens* y sistema límbico).

Las drogas de abuso producen aumentos de dopamina en este núcleo de dos a diez veces superiores a los causados por las recompensas naturales”. (Guerri, 2012)

El uso de sustancias psicoactivas despierta el circuito neurológico, circuito de reforzamiento involucrado en el proceso de mantener y repetir la actividad generadora de recompensa placentera. Una vez que el cerebro accede a este sistema por administración exógena de drogas, el adicto experimenta algo que su cerebro asemeja a eventos profundamente importantes como comer, beber o la sexualidad ya que este circuito normalmente está reservado para recompensar conductas específicas de supervivencia.

La recompensa producida por el consumo de sustancias es mucho mayor y de más duración que las provocadas por eventos naturales, esto provoca que el consumo sea en mayores cantidades para experimentar el bienestar generado.

Las sustancias impactan de una forma en el circuito de recompensa que genera que la dopamina se libere en grandes cantidades, por lo tanto la persona se acostumbra a ese bienestar provocando que necesite seguir consumiendo drogas una y otra vez sólo para tratar de que la función de la dopamina regrese a la normalidad, lo cual solo empeora el problema.

La persona a menudo tendrá que consumir cantidades mayores de la droga para conseguir el efecto deseado, este proceso es el resultado de un fenómeno de la dopamina alta, conocido como tolerancia.

Enfoques psicológicos

La psicología ya desde mediados del S. XX -donde se ocupaba más que nada de las adicciones toxicas-, ha intentado construir un saber científico para poder entender y esclarecer aquellas conductas que -según Echeburúa- pueden convertirse en adicciones sin que haya una sustancia implicada. Pero es en los años 80 cuando se concentró en la forma de abordar este fenómeno que crecía a pasos agigantados.

La psicología como disciplina establece que “los elementos diagnósticos esenciales de las adicciones son, la dependencia psicológica y los efectos perjudiciales” (Sánchez, 2008, pág. 151. Citado en Gómez, 2011, pp 16). Continúa definiendo a la dependencia psicológica mediante la inclusión de ciertos componentes fundamentales para su esclarecimiento. Estos componentes son el “deseo, ansia, pulsión irresistible, polarización o focalización atencional, modificación del estado de ánimo incapacidad

de control e impotencia” Se asevera que los efectos de la adicción deben alterar el ámbito intrapersonal (malestar subjetivo) y el interpersonal.

Por otra parte los autores ahondan sobre el problema de la terminología en torno a las adicciones, pues explican que, “(...) la utilización del término “conductas adictivas” o “adicción a conductas” como alternativa al de “dependencia de sustancias” podría deberse a la reflexión que han provocado las “nuevas adicciones” (Sánchez, 2008., citado en Gómez, 2011, pág. 16)

Siguiendo con esta línea de reflexión (Gómez, 2011, pág. 18) la definición de adicción podemos identificarla como un “patrón de conducta persistente caracterizada por un deseo o necesidad de continuar la actividad que se sitúa fuera del control voluntario, con una tendencia a incrementar la frecuencia o cantidad de actividad con el paso del tiempo, dependencia psicológica de los efectos placenteros de la actividad, y un efecto negativo sobre el individuo y la sociedad”.

La Corriente cognitivo-conductual en términos de intervención psicológica, ha sido la primera en dar respuestas a los problemas planteados por las drogas y las adicciones, siendo aún hoy el más utilizado entre los profesionales y el “más ampliamente validado científicamente” (Sánchez, 2016). Esta corriente parte de una concepción del individuo adicto a sustancias psicoactivas, visto como un sujeto que se encuentra “preso de su cerebro”. (Jaramillo, 2010)

Los adictos pueden ser entendidos como personas atrapadas en ciertas dinámicas neuroquímicas muy complejas que responden esquemas que no se ajustan a la realidad y que llevan al sujeto a actuar de forma inadecuada. Estos esquemas obstruyen en el afrontamiento de diversas situaciones que se le presentan a la persona provocando que esta funcione de manera desadaptativa y disfuncional replicando de forma incontrolada los rituales de consumo que ha aprendido manteniendo una conducta proactiva al consumo en el cual toma el pleno control de su conducta utilizándola a favor del consumo, llevándolo a tener una actitud que no ayuda a contener su ansiedad. Esto promueve que la persona se encuentre en ambientes que propician el consumo de sustancias psicoactivas. Debemos además agregar los factores hereditarios, siendo estos considerados como un elemento con inclinación natural a responder de forma positiva a los factores de riesgo que se encuentran en el contexto socio-cultural.

Es así que lo que propone esta corriente es “reprogramar desde la cognición la respuesta inadecuada ante el impulso del consumo para lograr que la adicción sea dominada y hasta posiblemente superada” (Jaramillo, 2010)

Si bien la corriente cognitivo –conductual es la más utilizada en el tratamiento con personas adictas a sustancias psicoactivas también es importante realizar una historización de la corriente Psicoanalítica

Perspectiva psicoanalítica

En la literatura Freudiana no se han encontrado abordajes teóricos sobre las adicciones pero si alusiones sobre el tema: “la adicción como efecto de algo que sucede en el plano de la sexualidad” (López ,2006). Esta alusión de las adicciones y la sexualidad está plasmada en una carta a Fliess de 1897 donde plantea que la adicción a sustancias químicas (Freud, 1897, p. 314; citado por López 2006) serían simples sustitutos de la que llama la "adicción primordial", es decir, la masturbación (Freud, 1897). Dos meses después vuelve a plantear que la base del desarrollo de una adicción es la falta de una vida sexual normal. Ya que "los narcóticos están destinados a sustituir el goce sexual faltante..." (Freud, 1898, p. 268). Ya en los *Tres ensayos de teoría sexual*, relaciona lo que podría ser una "potente motivación intrínseca por beber" (Freud, 1905, p. 165) con una niñez en que el valor erógeno de la zona de los labios estuvo constitucionalmente reforzado.

En esta última etapa según López (2006) Freud busca en la historia psicosexual del sujeto el poder darle un sentido, una explicación al denominado bebedor en exceso.

Freud abre un debate donde cuestiona la relación entre sexualidad y adicción, problematizando el vínculo del sujeto con el objeto sexual y la forma de relacionarse con la sustancia química en el contexto de una adicción. (López ,2006)

López 2006 citando a Freud. Insiste en que el éxito de la terapia Psicoanalítica estará presente, en la medida en que se busque un nuevo encauzamiento de las energías sexuales. (Freud, 1898).

Siguiendo con la línea psicoanalítica en el artículo de López (1991) *Adictos y Adicciones, una visión psicoanalítica* (citado por Gómez 2011) plantea que otros autores coinciden en explicar la adicción como un mecanismo de automedicación. Esta idea ya había sido enunciada por Freud en *El malestar de la cultura* al cuestionarse la posibilidad de lograr alcanzar la felicidad o evitar el dolor. Hace referencia al uso de sustancias químicas a las que define como "el método más tosco,

pero también el más eficaz" (Freud, 1930, p.77) al que se puede recurrir, ya que la presencia de las sustancias extrañas al cuerpo procuran sensaciones de placer y generan las condiciones para no percibir el displacer. Sin embargo, no hay una referencia a la adicción propiamente tal. (López, 2006)

Aportes posteriores como el de Néstor Braunstein (1990; citado en Velosa, 2009 pp 105) dentro de dicha corriente, plantearan que el adicto busca liberarse de las presiones de la realidad, eludiendo normas, reglas y demandas que la cultura le impone en su búsqueda de alcanzar la dicha y escapar de la desgracia.

También es concebida por otros autores como la necesidad de una regresión a estados previos del desarrollo para buscar la satisfacción temprana, sin embargo, también se la considera como una forma de suicidio o predominio de la pulsión de muerte. El descubrimiento freudiano demuestra que tras el síntoma es posible poner de relieve una verdad, singular y fundante para cada sujeto, que el síntoma vela y revela al mismo tiempo, como lo señalan (Estraude y Couso, 2003; citado en Velosa, 2009, pp 112)

Enfoque sistémico

El abordaje sistémico se va generando por la falta de respuesta del abordaje individual de los pacientes adictos, promovido desde los años 50 por el psicoanálisis. "En esos años los terapeutas se resistieron a la idea de ver a los familiares de sus pacientes con el fin de salvaguardar la intimidad y preservar la relación terapéutica" (Coletti, 1987, citado en Marcos, 2009). Se tenía una visión en donde el énfasis de las terapias radicaba en que todos los problemas de comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales y que por lo tanto se requería una terapia centrada únicamente en el sujeto sin comprometer su contexto.

A medida que el problema de las adicciones fue creciendo, se hicieron necesarios otros tipos de abordajes, centradas en una asistencia cada vez más necesaria y reglada (Pascual, 2009). Es así que comienza a desarrollarse la terapia familiar a partir de las limitaciones de la terapia individual.

Tomaron como referencias observaciones realizadas, donde primaban las recaídas que ocurrían cuando los pacientes tratados volvían a sus familias, la gran mayoría catalogadas como inestables y problemáticos.

Se pudo comprobar que el entorno del paciente colaboraba o no con su mejoría dependiendo de la situación puntual familiar.

El paciente tratado de manera aislada a su entorno familiar chocaba con los desencantos producidos por el regreso a su entorno conflictivo, deviniendo en su mayoría, en recaídas. Esto generó un giro en la época donde se sientan las bases para la evolución de la terapia familiar. Autores como Watzlawick, Beavin y Jackson, (1967), desarrollan la pragmática de la comunicación, “la Teoría General de Sistemas” (Von Bertalanffy, 1954), y conceptos Cibernéticos (Wiener, 1948). Asimismo, la observación directa de esquizofrenia (Bateson, 1956) impulsó una nueva corriente que le daba una gran importancia al contexto familiar, destinada principalmente a cambiar los patrones de interacción disfuncionales”. (Marcos, 2009)

En los años 80 comienzan a aparecer los trabajos de investigación promovidos por (Cancrini, 1982; Stanton y Tood, 1982) dando grandes aportes a la psicología, logrando el interés psicoterapéutico en el campo de las adicciones, en el que durante años habían prevalecido otras prácticas como las biomédicas o farmacológicas; o en la vertiente opuesta, las teorías sociológicas, descuidando ampliamente las prácticas psicológicas.

Asimismo, Cancrini (1982; citado en Ortiz, 2008) desarrolla los primeros estudios en Europa donde se pone de manifiesto la influencia de los factores familiares en las toxicomanías. Sus principales ideas de la implicación de la familia al trabajo terapéutico fue en principio una hipótesis que logró concretarse y ponerse en manifiesto siendo en nuestros días un logro que sigue intacto.

El programa de investigación de los años 80 llamado Addicts and Families Project, toma como referencia el trabajo desarrollado por Minuchin y Haley, supone una de las aportaciones más significativas del ámbito de la investigación sobre terapia familiar en las adicciones.

En esa misma década Stanton y Tood (1982) desarrollaron las estrategias de tratamiento ya que lograron describir la organización y funcionamiento de la familia típica del toxicómano. Estas estrategias de abordaje enfocan su atención en el grupo humano antes que en el individuo y considera a la “familia como el espacio donde se establecen las condiciones para la salud o la enfermedad”, la que percibe al ser humano como parte integrante de su entorno “ecológico”, la que insiste en trabajar fundamentalmente la dimensión relacional.

Para definir entonces como trabaja esta corriente psicológica partimos de la definición de sistema, “considerado como un conjunto de elementos y sus interrelaciones” (Minuchin, 1998 citado en Ortiz, 2008). “La familia es un sistema en donde el todo se considera más que la suma de sus partes, entra en juego aquí el principio de la no

sumatividad”. Según esta definición lo que le sucede a un miembro de la familia afecta al resto de los miembros.

Otro elemento importante como parte del proceso terapéutico es la “circularidad”, donde son tomadas en cuenta las influencias reciprocas que existen entre los miembros del sistema terapéutico incluido el terapeuta.

Este modelo asume que el abuso de drogas acaba siendo el eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, esto implica que la familia colabore y se implique en el tratamiento del adicto para que se logre cualquier tipo de solución a largo plazo.

Dependencia social

En cuanto a la dependencia social, esta es concebida como cultural ya que en muchas ocasiones el consumo comienza por no quedar fuera de un grupo y ser de este modo aceptado. Por ejemplo tal como afirma Zanutto, durante muchos años fumar simbolizo: seguridad, socialización y adultez. Es decir que el fumar está fuertemente influenciado por factores culturales, familiares, hereditarios y de personalidad”. (Zanutto, 2011).

En el caso particular de la dependencia social se podría afirmar que estamos ante la presencia de una enorme dualidad que se genera a partir de lo que impone la sociedad en cuanto a la aceptación o rechazo dependiendo de la legalidad o ilegalidad de la sustancia que está en juego.

Tenemos por un lado el consumo de sustancias socialmente aceptadas, esto permite que el individuo que las consuma consiga una aceptación e integración a la norma a los mecanismos socialmente aceptados. En la caso de las drogas ilegales ocurre totalmente lo contrario porque parte del desconocimiento de la sustancia pero además se les atribuyen a la droga “significaciones o mitos para reforzar o justificar la actitud de rechazo, ocurre el fenómeno contrario, se rechaza a la persona consumidor, relegándola a ámbitos de marginación y exclusión”. (Lora y Calderón ,2010)

Adicciones sin sustancia

En la actualidad se trabaja otro tipo de adicciones, son las denominadas adicciones sin sustancias, las mismas no aparecen clasificadas en *El sistema clasificador de las enfermedades CIE10* (Internacional Classification of Diseases) como adicciones conductuales y en tanto un círculo patológico autónomo.

Sin embargo el *DSM-5* incluye una nueva categoría dentro de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos con la denominación de trastornos no relacionados con sustancias en el que se incluye al juego patológico.

“El juego patológico se define como una conducta adquirida, basada en un juego desadaptativo, persistente y recurrente que altera el normal desempeño de la persona y la lleva a tener problemas personales, familiares, laborales y sociales, en función del grado del compromiso que tenga con el juego”. (Amapola & Luengo, 2011)

La consideración del juego como patológico depende de una suma de factores como la frecuencia, la cantidad de tiempo y dinero invertido y las dificultades que la persona va experimentando en las distintas áreas de su vida como la económica, laboral, familiar y social entre otras. (Amapola & Luengo, 2011)

La diferencia entre una conducta funcional y la adictiva radica en la pérdida de control y en las consecuencias negativas que esta conducta trae para la vida de la persona que desarrolla la conducta problemática. A medida que el individuo desarrolla esta actividad va adquiriendo mayor dependencia.

Cualquier conducta que esté presente en la vida de las personas se pueden convertir en adictivas cuando se pierde el control sobre ellas, “surge dependencia psicológica, pérdida de interés por otras actividades y grave interferencia en la vida cotidiana”, (Echeburúa, 1999; citado por Casal, 2015, pp. 50)

Cuando la conducta ha dejado de ser un hábito saludable para el ser humano también deja de ser gratificante y esto genera que el sujeto comience a practicar la conducta de forma compulsiva con el propósito de aliviar su malestar interno.

La conducta adictiva genera un deterioro progresivo que culmina por apropiarse de la libertad del sujeto, este comienza a reducir sus campos de intereses y sus obligaciones, su tiempo se ve controlado por el hábito y poco a poco este control comienza a expandirse a todas las áreas de su vida provocando que se vea afectada de forma muy seria tanto la salud física como psíquica del sujeto, además de generar problemas en sus relaciones personales y en la realización de tareas cotidianas. “Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia” (Echeburúa, 1999, citado por Casal, 2015, pp. 53)

La concepción de patología dual

Néstor Szerman (2015) especialista español habla de la “patología dual” como la sumatoria de dos expresiones sintomáticas, la droga y los trastornos mentales. Este autor plantea (en base a evidencias obtenidas de diversos estudios epidemiológicos, desde los años 80) la existencia de importantes asociaciones estadísticas entre los trastornos por consumo de sustancia con otros trastornos psiquiátricos. Esta teoría pone el énfasis en la vulnerabilidad del sujeto que tiene al consumo problemático de sustancias y no a la sustancia como provocadora de la adicción. Néstor Szerman, asegura también que la adicción ya es un trastorno mental en sí mismo.

“Se considera que habría una predisposición para que el sujeto, en algún momento de su vida y en una circunstancia particular, se cruce con algún tipo de objeto, que puede ser una sustancia como la cocaína o el alcohol, o más de una de ellas “y se establezca allí un anudamiento que genere la enfermedad adictiva” (2012).

Complementariamente Marín y Szerman (2015) han profundizado estas ideas sobre la patología dual reforzando el paradigma de la vulnerabilidad individual elemento que queda por fuera de las diversas teorías neurobiológicas que intentaron explicar las adicciones.

El paradigma de la vulnerabilidad individual sostiene la existencia de factores neurobiológicos, genéticos, epigenéticos y psicopatológicos pre-existentes que vulnerabilizan a las personas a desarrollar un consumo problemático y adictivo a sustancias, así como comportamientos impulsivos y o compulsivos como el juego patológico.

Si bien el término no está reconocido todavía por las categorías diagnósticas, los especialistas en adicciones ya utilizan dicho término. Sin embargo si es posible señalar que a nivel internacional se creó una nueva sección dentro de la Asociación Mundial de Psiquiatría destinada a la patología dual, en noviembre de 2011. En tanto, en España y en América Latina, países como México y Argentina ya cuentan con instituciones que tienen por objetivo el tratamiento de este tema.

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos más generalizados han sido finalmente aportados por organismos políticos internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado finalmente el concepto de farmacodependencia para remplazar el de toxicomanía, adicción, drogadicción y habituación. La OMS define la

farmacodependencia como “un estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco.” La caracterización jerarquizada es la de modificaciones del comportamiento y diversas reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a consumir el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por su privación.

Paralelamente las Naciones Unidas (2003) han llegado consensualmente a definir la adicción como un “...consumo recurrente de una o varias sustancias psicoactivas en la medida que el consumidor (adicto) esté periódicamente o crónicamente intoxicado, sienta un impulso irrefrenable por consumir la sustancia o sustancias preferidas, tenga grandes dificultades para abandonar o modificar voluntariamente el consumo de sustancias y esté decidido a obtenerlas por casi cualquier medio”.

La CIE-10 (acrónimo de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* también conocido por su nombre en inglés *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, en su décima versión) publicado por la Organización Mundial de la Salud determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Este manual presenta 100 diagnósticos diferentes referidos a trastornos y enfermedades asociadas al uso de alcohol y demás sustancias indicando si tales características diagnósticas dependen de un uso nocivo, una forma de abuso, una intoxicación, un síndrome de abstinencia, o bien está relacionada con trastornos psicóticos entre otras.

El CIE-10 propone para diagnosticar un síndrome de dependencia a alguna sustancia una serie de ítems que deberán cumplirse en algún momento de un periodo continuo de doce meses.

- a. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol.
- c. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia.
- d. Tolerancia
- e. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia

f. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus consecuencias perjudiciales.

Por su parte el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su cuarta edición (DSM-IV) propone cumplir tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un periodo continuo de doce meses para el diagnóstico de *Trastornos relacionados con sustancias* y en particular como criterios para despistar la dependencia de sustancias:

1. Síntomas de tolerancia
2. Síntomas de abstinencia
3. Consumo de una sustancia en mayores cantidades o durante periodos de tiempo más largos de lo previsto.
4. Deseo persistente o intentos fallidos de reducir o controlar el consumo.
5. Emplear una cantidad de tiempo considerable intentando conseguir la sustancia.
6. La reducción de las actividades sociales, laborales, o de ocio importantes debido al consumo de droga.
7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de los problemas de salud, sociales o económicos que genera su toma.

La versión más nueva del mismo, el DSM-V propone en cambio la introducción de una nueva categoría denominada Trastornos adictivos y relacionados a sustancias y dentro de este capítulo, se incluyen: Trastornos relacionados a sustancias y Trastornos no relacionados a sustancias, complejizando la consideración de este tema tal como ya ha sido expuesta.

Discusión

Esta revisión bibliográfica ha dado cuenta de la diversidad de enfoques puestos en juego al momento de hablar de adicciones.

Es esa misma condición plural la que deviene en la dificultad de definir en forma acabada el concepto y que este –a su vez- englobe, su verdadera dimensión.

Metodológicamente, pareció beneficioso tomar como punto de partida para definir la adicción, a un modelo de salud anclado en su definición de bienestar bio-psico-social. Las adicciones alteran desde el punto de vista de la salud el equilibrio del ser humano. La OMS define que *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*.

Las adicciones interfieren en la salud integral del sujeto y si bien sabemos que esto no agota la diversidad de factores que intervienen, decidimos para el beneficio metodológico de esta investigación, afiliarnos a lo más primitivo de la misma, echando raíces en estas tres grandes parcelas que componen el equilibrio en salud para la OMS.

Por esta razón se optó por dividir el estudio de esta cuestión en los enfoques: biologicistas, psicológicos y sociales.

A grandes rasgos cada una de las perspectivas introduce a un aspecto del debate ya que determina el modo en que es entendido tanto el problema como el sujeto que lo manifiesta.

Los enfoques biologicistas consideran a la adicción como una enfermedad que afecta el cerebro y el comportamiento. Se caracteriza por la búsqueda compulsiva de la sustancia y su uso, a pesar de los daños que le pueda causar al sujeto.

El sujeto adicto se considera como alguien que pierde al menos parcialmente las posibilidades de un control racional de su vida, quedando preso de ciertos mecanismos neurobiológicos de recompensa que -aunque siempre están presentes en la vida- comienzan a gobernar las elecciones y decisiones de la persona.

La psicología en general e independientemente de la corriente a que se adscriba propone que los elementos diagnósticos esenciales para definir las adicciones son la dependencia psicológica y los efectos perjudiciales sobre sí y los demás, que el adicto o el farmacodependiente genere.

La corriente cognitivo-conductual propone según Jaramillo, 2010 "reprogramar desde la cognición la respuesta inadecuada ante el impulso del consumo para lograr que la adicción sea dominada y hasta posiblemente superada".

Se intenta modificar el pensamiento y las conductas adquiridas y automatizadas. Para eso se trabaja en la generación de nuevas formas de pensamiento real, que ante situaciones deriven en acciones y respuestas saludables que refuerzan la emotividad del sujeto. La retroalimentación positiva de este circuito le hace visualizar el beneficio

de las nuevas conductas saludables que comienzan a ganar espacio ante los antiguos hábitos que no ya no dan respuestas saludables.

En el caso del psicoanálisis, varios autores coinciden en explicar la adicción como un mecanismo de automedicación. Esta idea ya fue enunciada en primer lugar por Freud en “el malestar de la cultura” al cuestionarse la posibilidad de lograr alcanzar la felicidad o evitar el dolor.

Allí hace referencia al uso de sustancias químicas a las que define como “*el método más tosco pero el más eficaz*” al que se puede recurrir ya que la presencia de sustancias extrañas al cuerpo procuran sensaciones de placer y generan las condiciones para no recibir el displacer. Esta visión freudiana se retrotrae al interjuego del principio de placer-displacer, siendo una defensa arcaica el sujeto, el adicto es percibido como un síntoma que puede poner una verdad única y singular fundante en cada sujeto.

El éxito de la terapia psicoanalítica entonces apunta a un nuevo encauzamiento de las energías sexuales. (López, 2006).

Por último, el enfoque sistémico pone como centro de la cuestión la definición de sistema, la idea de que el todo es más que la suma de sus partes y en esta estrategia el abordaje incluye el trabajo terapéutico con el adicto y su familia como pieza fundamental. Este modelo asume que el abuso de drogas acaba siendo el eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias. Está destinada principalmente a cambiar los patrones de interacción disfuncionales.

Finalmente y para cerrar el debate, la psiquiatría además ha puesto sobre la mesa la relación que existe entre la adicción y el trastorno mental. De hecho la psiquiatría ha logrado imponer la idea ontológica de la *patología dual*, termino discutible y discutido, que si bien es considerado como un término arbitrario que no indica nada específico, es reconocido por la verificación de la íntima relación entre la adicción y otro trastorno mental. De esta manera la adicción queda redefinida como un trastorno mental más.

Conclusión

El presente trabajo de revisión puso énfasis en la evolución y variabilidad del concepto de adicción.

Los enfoques que se abordaron presentan diferentes miradas sobre el sujeto que consume compulsivamente.

En términos generales se puede afirmar que es tan amplio y rico el debate que ninguna de las perspectivas es totalmente excluyente de las otras ni blindada totalmente a los otros enfoques. Especialmente por la cotidianeidad de los intercambios y debates. Por esta razón se tiende al desarrollo de abordajes por lo menos multidisciplinarios y cada vez con mayor frecuencia: interdisciplinarios.

En lo referente a los enfoques psicológicos entendemos que cada corriente aporta su diferencial pero ninguna de ellas puede considerarse completa pues la adicción sigue siendo un tema tan ambiguo como desconocido y por eso sigue interpelando a la ciencia.

Está claro que no hay un enfoque que abarque todas las aristas que definen el vínculo del sujeto con la sustancia u objeto adictivo.

Probablemente por estas razones se trate de un tema que aún no ha logrado un consenso en materia de abordaje y tratamiento. Pero lo que sí se puede afirmar es que la mayoría de las corrientes definen la adicción en base tanto a la dependencia física y psicológica manifestada como por los efectos perjudiciales que genera para el sujeto y para su entorno.

Asimismo, está claro que no es lo mismo considerar la perspectiva individual de un sujeto con sus peculiaridades biológicas y físicas que un entramado familiar y social donde este deviene y busca realizarse. La amplitud de la mirada determina también la lectura del fenómeno. Por otra parte la cantidad de participantes del proceso de abordaje clínico va a determinar las posibilidades y las características de las acciones.

Las perspectivas terapéuticas que incluyen al grupo familiar o la red social inmediata como ocurre en las perspectivas sistémicas tienden a observar procesualmente el tratamiento de un modo muy diferente que un abordaje farmacológico individualizado; ya que observan cómo se modifica el funcionamiento de todo el sistema y las transformaciones en la participación de cada uno de sus integrantes.

Parece claro que no hay un abordaje ideal y que del debate e investigaciones desarrolladas por cada corriente y por cada una de las perspectivas reseñadas, es que van a emerger modos más eficaces de tratamiento.

De esta forma concluyo dando cuenta de que no solo no existe una única definición de la temática que nos convoca, sino que es necesario no reducir el camino que resta por

andar a un producto final acabado y seguir abriéndose y evolucionando en una multiplicidad de definiciones, concepciones y enfoques que trasciendan la mera suma de las partes.

Referencias Bibliográficas

1. Acosta López, C. (Noviembre ,2011). Adicción a Sustancias Químicas: ¿Enfermedad Primaria o Síntoma Psicoanalítico? Revista de Psicología Año 13, N° 20 (41-64)
2. Amapola, P. y Luengo, M. (Agosto, 2011). Industria de juegos de azar versus juego compulsivo. Observatorio Social, (32) ,8-11
3. Antolín Cernuda, V. de la Gándara Martín, J. & García Alonso, I. (2015). Adicción al deporte: Estandarización de la Escala de Adicción al Deporte, SAS-15. Revista Iberoamericana de Psicología, (116),24-35
4. Arias, F. y Correa Uribe, J. (2015). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. AGO.USB Medellín-Colombia (15)2; 325-585. ISSN: 1657-8031
5. Ballesteros Cabrera, M. y Sarmiento López. (2014) Uso de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos. Revista Vanguardia Psicológica. 5(5); 32-41.ISSN 2216-0701
6. Betolin Guillen, J.M. (2015) Nosotaxia de las llamadas “adicciones conductuales”.
Revista Española de Drogodependencias; 40(4) 30-33
7. Basteiro Monje, J.; Robles Fernández, A.; Juarros Basterretxea, y &. Pedrosa, I. (2013) Adicción a las Redes Sociales: Creación y Validación de un Instrumento de Medida. Revista de Investigación y Divulgación en Psicología y Logopedia; 3(1):2-8 ISSN 2174-7571
- 8 .Brasesco, V. y Canay, R. (Agosto, 2011). Sentido social en la investigación epidemiológica en adicciones. Observatorio Social, (32) ,12-13
9. Casal Campos, E. y Plaza Bernabeu, 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

- 10.** Cantero, F. (2007) Drogas, adicciones y subjetividad. NORTE de Salud Mental (29) ,58-62
- 11.** Chiclana Actis, C. Contrera Chicote, M. Carriles Cervera, S. y Rama Víctor, D. (2015). Adicción al sexo: ¿patología independiente o síntoma comorbido? Cuadernos de Medicina Psicosomática, (115); 19-26
- 12.** Echeburúa, E. (2012) ¿Existe realmente a adicción al sexo? Adicciones (4); 281-285. ISSN: 0214-4840
- 13.** Fernández Artamendi, S. y Weidberg, S. (2016). Avances en la Evaluación de las Adicciones. Papeles del Psicologo.37 (1) ,52-61 Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- 14.** Gaspar Herrero, S. y Cuesta Díaz, V. (2015). Adicción al Smartphone. Análisis motivacional de uso entre nativos digitales. Opción, Año 31 N° Especial (4):2015:517-531
- 15.** Gómez Vargas, M. (2011). Estado de la Cuestión sobre Adicciones. Revista Electrónica PSICONEX, 3(4), 1-20
- 16.** Guerri, C. (Junio de 2012). Bioquímica de las adicciones. Dossier Científico SEBBM 172, 4-7.
- 17.** Jaramillo Jaramillo, C. (Noviembre 2010) Aportes de la Psicología a la comprensión e intervención de la adicción a sustancias psicoactivas, Katharsis, 0124-7816 (10), 127-135.
- 18.** Marín Navarrete, R. & Szerman, N. (Noviembre-Diciembre ,2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. Salud Mental, 38(4), 395-396
- 19.** Marqués, S. & de la Vega, R. (2015). La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. Nutrición Hospitalaria; 31(6):2384-2391
- 20.** Mejía Bejarano, G. Paz Guerrero, J. & Quinteros Zúñiga, D. (2015). Adicción a Facebook y habilidades sociales en estudiantes de una universidad privada de Lima. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 7(1) ,7-15 ISSN 2306-0603
- 21.** Molina Mansilla, M| .C. (2008).Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. International e-Journal of Criminal Science, Artículo 2, Número 2 (2008). Recuperado de:

[http:// www.sc.ehu.es/scrwwiv/DMS/home_rev.htm](http://www.sc.ehu.es/scrwwiv/DMS/home_rev.htm)

ISSN: 1988-7949

22. Marengo, L. Herrera Núñez, M. Vianna Coutinho, T. Rotela Leite, G. & Strahler Rivero, T. (2015). ¿Gamer o adicto? Revisión narrativa de los aspectos psicológicos de la adicción a los videojuegos. Revista Neuropsicología Latinoamericana. 7 (3) ,7-12

ISSN 2075-9478

23. Marcos Sierra, J.M & Garrido Fernández, M. (2009) La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. Apuntes de Psicología, Vol.27, número 2-3,pags. 339-362. ISSN 0213-3334

24. Nizama Valladolid, M. (2015) Innovación conceptual en adicciones. (Primera parte).Revista Neuropsiquiatría 78(1) ,22-29

25. Oblitas Guadalupe, L. (2002). Adicciones y Salud. PsicologíaCientífica.com. 1-15

Recuperado de <http://www.researchgate.net/publication/268012744>

26. Perez del Rio, F. (2014) ¿El ocaso de la adicción a internet? Reflexiones sobre el origen, desarrollo y declive de un trastorno. Revista Española de Drogodependencias 39 (2); 82-91

27. Perez del Río, F. (2011). Las adicciones sin sustancia en los últimos 40 anos.

Norte de salud mental, 9(40); 47-56

28. Pérez Gómez, A. (1990). Adicción y Enfermedad: Mito y Realidad. Revista Colombiana de Psicología, (4) ,67-71

29. Pérez Granda, L.J. (2013). ¿Se constituye el uso del Smartphone en una adicción? BIBLIOTECA FRAY ARTURO CALLE RESTREPO o.f.m.

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SECCIONAL MEDELLÍN

30. Pilar Ballesteros, M. & Sarmiento López, J. (2014). Uso y dependencia de sustancias, un problema de salud pública: Apuntes teóricos y criterios diagnósticos. Revista Vanguardia Psicológica. (5)1,32-41

ISSN 2216-0701

31. Ruiz Loyola, B. (2002) ¿Cómo ves? Las drogas, Col. ¿Cómo ves?, N°3, UNAM, México, 2002

Recuperado de <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/177/el-cerebro-adicto>

32. Szerman, N. (2015) Patología Dual en Psicosis. Revista de Patología Dual;

2 (2):1-4 Recuperado de www.patologiadual.es/profesional_revista.html

33. Torres Rodríguez. & Carbonell, X. (2015). Adicción a los videojuegos en línea: tratamiento mediante el programa PIPATIC .Revista de Psicología, Ciencies de l'Educació i de l'Esport; 33(2) ,67-75

34. Velosa Forero, J. (2009). Las Toxicomanías. Algunas consideraciones críticas sobre cómo se ha comprendido el fenómeno, se han diseñado las políticas y los tratamientos. Tesis psicológica (4) ,102-115

35. Zanutto, A. (Agosto, 2011). Tabaquismo: enfermedad adictiva. Observatorio Social, (32) ,4-5