

CONSUMO

Aspectos históricos y legales sobre la prevención e intervención del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia¹

1 Artículo de investigación producto del Proyecto: "Modelos de intervención en salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el departamento de Antioquia", realizado en agosto-diciembre de 2020 por la Escuela Contra las Drogas de la Gobernación de Antioquia, La Fundación Opción por Colombia (FUNDACOL) y la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura sede Medellín (USB).

Francisco Javier Arias

Mg en Psicología
Universidad de San Buenaventura
francisco.arias@usbmed.edu.co

Nicolás Ignacio Uribe Aramburo

Mg. en investigación psicoanalítica
Universidad de San Buenaventura
nicolas.uribe@usbmed.edu.co

Carlos Arturo Robledo Marín

Doctor en Humanidades
Director Ejecutivo FUNDACOL
direccionejecutiva@fundacol.com

Victor Hugo Cano Bedoya

Mg en Psicología. Psicólogo de Bienestar institucional
Universidad San Buenaventura
victor.cano@usbmed.edu.co

Ana María Quiceno Vásquez

Profesional Universitaria GESIS
Escuela Contra la Drogadicción
Gesis.fnsp@gmail.com

Jeniffer Gutiérrez Cardona

Psicóloga, especialista en psicogerontología
FUNDACOL
direccion@fundacol.com

Resumen

Se describen elementos históricos y legales sobre los centros de rehabilitación y los programas de prevención para el consumo de drogas a nivel internacional y en Colombia, como paso previo para realizar un estudio más amplio sobre los modelos usados en estas instituciones en el Departamento de Antioquia. Metodología cualitativa, paradigma interpretativo, con técnicas de revisión documental y triangulación de datos. Se señalan problemas epistemológicos y metodológicos en el tratamiento institucional de las adicciones y la prevención del consumo de drogas, así como la necesidad de control estatal y la producción de investigaciones sobre la eficacia de los modelos y estrategias usados en Antioquia.

Palabras clave: drogas, prevención, terapia, psicología.

Introducción

Desde las últimas décadas del siglo XX el fenómeno del uso y abuso de sustancias psicoactivas se ha constituido en una problemática psicosocial relevante, en razón de las afectaciones que puede ocasionar sobre la salud física y mental de las personas, así como los múltiples problemas legales y relacionales que puede acarrear el consumo en los contextos familiares, escolares, laborales y comunitarios (Moreno, 1999; Uribe & Castaño, 2014; MINSALUD & UNODC, 2016). Este problemática se torna aún más preocupante al considerar que se presenta a nivel mundial en la población de adultos jóvenes, adolescentes y hasta niños y niñas, siendo estos últimos sectores de la sociedad los que representan el futuro de la misma, por lo cual se ha hecho necesario diseñar y ejecutar acciones que permitan reducir el fenómeno o controlar sus efectos negativos sobre la población (Galván-Reyes et al., 1997; Pérez, 2001; Ministerio de la Protección Social, 2005; Hernández, 2010). Además, al tener en cuenta que las estadísticas muestran un aumento creciente en el número de personas que consumen a nivel mundial, así como un inicio en el consumo a edades cada

vez más tempranas, algunos consideran que se trata de una epidemia que azota a las comunidades, siendo necesario contar con enfoques epidemiológicos que nos muestren la distribución del fenómeno en la población, para enfocar acciones correctivas específicas sobre estos sectores más afectados (Galván-Reyes et al., 1997; Gaitán, 2002; Hernández, 2010).

En Colombia, también se ha evidenciado este aumento global. De acuerdo al estudio del Observatorio de Drogas de Colombia et al. (2016), en el año 2016 algunas ciudades y departamentos mostraron cifras de prevalencia de consumo mayores que en otros. Con respecto a las sustancias legales, los niveles más altos de uso de alcohol están en Antioquia (44,2%). En cuanto a las sustancias ilícitas, lidera Caldas (27%) y sigue Antioquia (26,6%); así mismo, la prevalencia más alta de uso de cocaína está en Caldas (5,4%) y luego Antioquia (4%) junto con la Amazonía. Para el popper, Antioquia nuevamente figura dentro los primeros cinco departamentos, con un 14,1%, siendo la sustancia más usada durante el año 2015 en este departamento, por encima de la marihuana (cerca de dos puntos porcentuales). El nivel de uso de LSD en Antioquia (2,4%) también está dentro de los primeros cinco departamentos que superan el 2% de los escolares a nivel nacional². Ahora bien, en la *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas - (ENCSPA), Resultados 2019*³, financiada por el Ministerio de Justicia y efectuada con población general entre 12 y 65 años, se informa de una reducción generalizada de todos los indicadores, se muestra que en el país se están consumiendo menos drogas, legales e ilegales, en comparación con el periodo 2013-2016, que acabamos de ver, y que el alcohol sigue siendo la sustancia de mayor uso (84%, frente a 87% del 2013-2016), seguido por el tabaco con 33.3% de sujetos (en el

2 En síntesis, las drogas más usadas en Antioquia son la marihuana, luego el popper, después la cocaína, seguida de otras sustancias alucinógenas, siendo el basuco la menos usada.

3 Esta investigación se acogió la metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas) de la CICAD-OEA.

2013-2016 era de 42.1%) y luego tranquilizantes consumidos sin fórmula médica (1.84%). Los niveles de consumo de drogas ilegales fueron del 9.7% en el 2019 (frente a un 12.9% en 2013-2016), la más usada es la marihuana (8.3%), luego la cocaína (2. %), después inhalables (1,6%), el éxtasis (0.69%), finalmente basuco (0.54%) y heroína (0.09%), de modo que la segunda sustancia más consumida ya no es el popper sino la cocaína, en comparación con el periodo 2013-2016. Sin embargo, algunos cuestionan estas cifras optimistas, que muestran los resultados de la Encuesta de 2019, ya que en encuestas pasadas (2013-2008, por ejemplo), se utilizó una metodología “basada en la guía de CICAD de la OEA para Latinoamérica [...] que, además, permitía una comparación de Colombia con otros países” (Ortiz, 2020, p. 13), de modo que para la presente encuesta “no se menciona en ningún lado a la CICAD de la OEA, sino que se habla de un método del DANE, lo cual no solo podría alterar la posibilidad real de comparación con años anteriores, sino con otros países” (Ortiz, 2020, p. 13). Así mismo, según Julián Quintero, sociólogo y director de la Corporación Acción Técnica Social (ATS), experto en el tema de prevención, es extraño que, en contravía con la tendencia general al aumento de consumo a nivel mundial, los índices de esta encuesta muestran una baja en Colombia, pero además señala que “es extraño también que mientras que encuestas realizadas por el Gobierno en población universitaria (en 2009, 2012 y 2016) muestran aumentos en el consumo de sustancias ilegales, la encuesta de población general muestre disminución” (Ortiz, 2020, p. 14). Además, este investigador señala acertadamente el vacío que representa el no incluir en la última encuesta drogas sintéticas como LSD y el 2CB, que como se sabe, son populares entre la población de estudiantes de bachillerato y universitarios (Ortiz, 2020).

Antecedentes

Es importante contextualizar el fenómeno del consumo de drogas en la historia de Colombia, el cual no solo representa un problema de salud física y mental del que se ocupan profesionales de la

salud, sino también un problema de seguridad pública⁴, razón por la cual, abogados, economistas, politólogos, entre otros profesionales de las ciencias sociales y humanas, también se han interesado por el fenómeno, aportando desde sus disciplinas. Estos conocimientos también ayudan a pensar acciones integrales para abordar esta problemática, incluyendo, entre otros aportes, la creación de disposiciones legales que regulan la producción, fabricación, tráfico, venta y consumo de las sustancias (prohibidas o controladas en la constitución de tal o cual país), pero también ayudan a diseñar e implementar políticas públicas, cuyo propósito es reducir el impacto negativo sobre la población, con el ánimo de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos (Velosa, 2011).

Según algunos investigadores, las primeras acciones del estado colombiano se pueden “ubicar en el año 1969, cuando se creó el Consejo Nacional de Instrucción Criminal al que se le atribuyen, entre otras funciones, el control sobre los estupefacientes, aunque sus desarrollos fueron mínimos” (p. 142), pero es en 1973, en la administración de Misael Pastrana Borrero, cuando “se organizan las políticas públicas sobre el tema con la creación del Consejo Nacional de Estupefacientes y la Oficina de Estupefacientes del Ministerio de Justicia, que por medio del Decreto 1188 de 1974 prohíbe y penaliza las sustancias psicotrópicas” (p. 142). En Julio de 1974, se firma el convenio entre nuestro Gobierno y la Oficina de las Naciones Unidas –el PNUD– que tiene como propósito “coordinar todas las actividades de fiscalización de las drogas, promover la observancia de los tratados internacionales y ofrecer un liderazgo eficaz sobre la materia ‘Control del uso indebido de drogas’” (p. 142). Desde esa fecha hasta 1990, este organismo coordina y lidera las acciones sobre drogas. En este recuento histórico es importante recordar que ante la bonanza

4 En la más reciente historia de nuestro país, el narcotráfico (en todas sus modalidades) ha generado violencia, muertes, masacres, desplazamiento forzado, entre otras problemáticas psicosociales, puesto que los diversos grupos criminales que controlan el mercado ilegal en los diferentes departamentos, utilizan la violencia como estrategia de control, para monopolizar el negocio del tráfico de sustancias ilícitas.

marimbera de las décadas de los 70 y 80, se produce una reacción gubernamental y se empiezan a fumigar vastas zonas de la costa caribe colombiana⁵.

Para 1990, en el mandato de Virgilio Barco, se crea la Dirección Nacional de Estupefacientes, para ejecutar o desarrollar las acciones del Consejo Nacional de Estupefacientes, que desarrolla algunas de prevención y rehabilitación, pero que sobre todo dirige sus esfuerzos al control y la represión. En 1994, se produce la sentencia C221, proferida por la Corte Constitucional, que despenaliza el consumo de la dosis personal (Corte Constitucional, 1994), sustentado en el libre desarrollo de la personalidad, principio de la Constitución colombiana que permite a los individuos autodeterminarse, así como en la limitación del Estado en la participación en la salud personal (Velosa, 2011, p. 143).

Entre 1998 y 2002, en el gobierno de Andrés Pastrana, se construye un Plan Nacional de Lucha contra las Drogas, además, a través del Decreto 1943 de 1999, se modifica la estructura de la Dirección Nacional de Estupefacientes, lo que permitió crear el Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas, “Programa Presidencial Rumbos”. Durante este gobierno se da inicio al Plan Colombia, programa básicamente de ayuda militar y económica para combatir la droga.

En el gobierno de Álvaro Uribe (2002-2010), se “desmontó el ‘Programa Rumbos’ y dejó de nuevo en manos de la Dirección Nacional de Estupefacientes las acciones que en ese sentido desarrolla el país” (p. 143), se fortaleció el Plan Colombia, y la “lucha contra las drogas y el delito”, que como se sabe,

5 En el año 1986, con el homicidio del Ministro de Justicia Rodrigo Lara Bonilla, el Gobierno de Colombia expidió la Ley 30 de 1986, que “creó un nuevo estatuto nacional de estupefacientes que endureció su postura, introdujo la idea de ‘la lucha contra el crimen y la droga’ y desarrolló políticas enfocadas a controlar el tráfico de sustancias y a judicializar a sus responsables” (Velosa, 2009, p. 142), siendo notable que “Esta Ley penaliza de manera drástica los hechos ligados a las drogas, incluyendo el consumo de sustancias” (p. 142), debido en gran parte al contexto violencia de la época.

estuvo “caracterizada por la presencia militar, la fumigación y erradicación de cultivos, las acciones policivas y jurídicas, la propaganda y la búsqueda de cooperación internacional” (p. 143), además de que se volvió a penalizar la dosis mínima. Finalmente, puede decirse que:

Otros actores han venido desarrollando un proceso paralelo muy importante -liderado en gran medida por funcionarios del Ministerio de Protección y la Oficina de Naciones Unidas, entre otros- que ha conducido a la estructuración de una ‘política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto’ [...] Este proceso ya no habla de eliminación o supresión del consumo, ni de lucha contra las drogas, ni hace referencia al delito, y sí se ocupa con gran interés de temas como prevención, rehabilitación, consumo problemático, inserción social, reducción de riesgos, lo que constituye un gran cambio, un gran avance en las políticas públicas sobre el tema de las drogas [...] Esta postura, llamada de reducción del daño, se ha ido posicionando [...] Un cuestionamiento de los enfoques, las políticas y de las acciones frente al tema se ha ido desarrollando [...] y un debate sobre si se debe prohibir o no el consumo se ha abierto y está en curso. (Velosa, 2009, p. 143)

En ese orden de ideas, más allá del énfasis en las políticas públicas sobre drogas de cada gobierno⁶, destacamos que desde el siglo pasado se han venido creando una serie de programas

6 En el mandato de Juan Manuel Santos básicamente sería esta la tendencia en políticas públicas frente a las drogas, mientras que en el Gobierno del actual presidente Iván Duque se ha privilegiado nuevamente la postura de lucha militar contra las drogas, así como la erradicación y fumigación para disminuir las grandes hectáreas cultivadas, que ponen en riesgo las certificaciones de Colombia por el Gobierno Norteamericano y por ende la financiación de acciones militares y psicosociales. En cuanto al consumo de drogas ilícitas, se retorna también a la postura prohibicionista, en contravía de la Corte Constitucional que se apoya nuevamente en el libre desarrollo de la personalidad, siendo un problema no resuelto que aun preocupa a la sociedad colombiana y genera discusión.

de intervención para los sujetos afectados por el fenómeno y que presentan trastornos mentales por dependencia o abuso de sustancias (farmacodependiente, drogadicto, toxicómano), con el ánimo de que estos puedan abandonar estos hábitos de conducta, o al menos reducir el número de sustancias que se consume, así como la frecuencia y la intensidad con que lo hacen, entre otros aspectos (Beck et al., 1999; Pérez, 2001; Souza y Machorro, 2005; Iglesias, 2008; Souza y Machorro, 2009; Becoña & Cortez, 2010; Parra, Padilla, López, Rodríguez, Martínez & Martínez, 2011).

Algunas consideraciones históricas muestran las primeras acciones realizadas en el contexto colombiano para tratar de controlar o reducir el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, así como la relativa ineficacia de los enfoques represivos, de modo que desde finales del siglo XIX:

la Iglesia, el Estado y la ciencia de la época se ocupan de prohibir el consumo de las sustancias que generaban preocupación [...] Simón Bolívar [...] sancionó un drástico decreto que prohibía para siempre la chicha en la provincia de Sogamoso y disponía severas sanciones para quien no cumpliera [...] Sabemos que estas prohibiciones, como muchas otras que procuraban extinguir este licor de los territorios, no prosperaron. (p. 140)

Sería en 1880 cuando se fortalecería la lucha contra el alcoholismo. En 1911 se crea la Liga Nacional contra el Alcoholismo, siendo Manuel Dávila, Ministro de Instrucción Pública, quien promovió inicialmente “la enseñanza antialcohólica en las escuelas públicas y contrató la redacción de la cartilla antialcohólica, que fue ampliamente difundida por el Ministerio en los años siguientes” (Velosa, 2011, p. 140). Por ello, además de ofrecer programas de rehabilitación para la población de farmacodependientes de todo tipo, la sociedad y la ciencia han venido implementando, desde aquella época, una serie de acciones conocidas como prevención de tipo primaria, secundaria y terciaria (Cepeda, 1989; Moreno, 1999; Belcher, 1998; Uribe, 2011) mediante las cuales se pretende

que los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos en general, no inicien el consumo de estas sustancias, es decir, no ensayen, no prueben, como estrategia para evitar que estas personas más tarde puedan verse afectados por un consumo problemático, habitual, que pueda derivar en los ya mencionados trastornos mentales asociados al consumo de drogas, legales o ilegales, así como a otras psicopatologías, con las cuales se ha encontrado una comorbilidad significativa (patología dual) (Pérez, 2001).

Así mismo, en estos programas se utilizan metodologías psicopedagógicas para brindar conocimientos a los sujetos participantes, con miras a generar una concientización y sensibilización de los mismos, acerca de los riesgos de incurrir en el consumo de drogas y los beneficios de la abstinencia, de modo que, aquellos sujetos que ya iniciaron el consumo, puedan tener mayor grado de conciencia de los riesgos a que se expone al usar y/o abusar de las drogas, para que, en consecuencia, sean más responsable al consumir y así puedan reducirse los daños o afectaciones asociadas al consumo problemático, crónico, a la toxicomanía, lo que se conoce internacionalmente como “política de reducción del daño”. Esta aparece en Europa en las últimas tres décadas del siglo pasado y en nuestro país apenas empieza a ser difundida y aplicada a principios del siglo XXI, siendo todavía un enfoque novedoso, sobre todo en los sectores más conservadores y tradicionalistas de la sociedad y la ciencia, que miran con reserva este tipo de enfoques que algunos consideran como permisivos (Cepeda, 1989; Belcher, 1998 & Pérez, 2001).

Ahora bien, mientras que los programas de intervención o tratamiento (forma de prevención terciaria) se realizan generalmente en centros de rehabilitación o comunidades terapéuticas, es decir, mediante un abordaje institucional⁷, en los programas de prevención, sobre todo primaria y secundaria, se realizan actividades psicopedagógicas en contextos

⁷ En contraste con un proceso psicológico individual y particular que también puede realizarse en los consultorios privados de psicólogos y psiquiatras.

educativos (tales como: escuelas, universidades, entre otras), organizacionales, comunitarios, y aun a través de los medios masivos de comunicación (internet, televisión, radio, prensa, entre otros)⁸.

Aunque la historia de los tratamientos para las adicciones puede remontarse hasta la antigua Grecia, los expertos en el tema señalan que desde inicios del siglo XX ya se ensayaban diversos tratamientos para las adicciones, en la medicina se usarían técnicas de hipnosis en las que se imparte al adicto una sugestión hipnótica para que erradique el consumo, técnicas que se mostraron ineficaces a largo plazo, pues los efectos de la sugestión son temporales y no permiten una eliminación del síntoma de forma permanente. De igual forma, las incursiones de los psicoanalistas en este campo ofrecerían un enfoque novedoso, que sin embargo no mostraba mayor efectividad, ni rapidez en la eliminación del síntoma. Así mismo, las terapias de conducta, que utilizan el condicionamiento clásico y operante, empezaban a mostrar pertinencia, pero sin gozar de mucha eficacia, pues los programas de refuerzo y castigo se muestran eficaces en algunos casos, mientras que en otros no muestran impactos significativos sobre la sintomatología.

Nuevas técnicas como la desensibilización sistemática, terapias de choque, entre otras, serían aplicadas a las adicciones mostrando un mayor grado de eficacia. Es en la segunda mitad del siglo XX cuando empiezan a aparecer las primeras propuestas que mostraban un nivel significativo de eficacia, conocidas como *comunidades terapéuticas*, creadas por “exadictos”, en

8 Como puede verse, desde las ciencias se ofrece un amplio panorama de modelos, estrategias y técnicas para abordar el fenómeno de las drogas, que proceden de diversos campos de la ciencia (naturales y sociales) como la medicina, la psiquiatría, pero también la psicología, el trabajo social, la pedagogía, entre otras disciplinas que aportan diversos puntos de vista sobre el fenómeno, lo que permite que en las instituciones que prestan servicios de rehabilitación se cuente con un equipo interdisciplinario, a través del cual se ofrecen diversas formas de tratamiento, para abordar de forma integral el problema.

el marco de un contexto religioso que rige las dinámicas de estas comunidades, razón por la cual la dimensión espiritual y la relacional son factores considerados como centrales dentro del tratamiento, que originalmente no incluía estrategias científicas. Inicialmente, estas comunidades no tenían una base epistemológica científica, por lo cual, fueron y siguen siendo cuestionadas desde los enfoques más positivistas de la ciencia, pues sus intervenciones no se basan en modelos biologicistas o psicologistas, ni en estrategias y técnicas cuya eficacia y efectividad haya sido comprobada científicamente, mediante investigaciones rigurosas (Comas, 1998; Llorente & Gómez, 1999; De León, 2000; Castrillón, 2008; Toti, 2009; Danza, 2009; Murcia & Orejuela, 2014; Corominas & García, 2014). Por ello, a partir de los años sesenta empezaron a producirse una serie de modelos, estrategias y técnicas de intervención en la ciencia médica, la psiquiatría especialmente, y psicológica, así como desde el psicoanálisis, los cuales son muy variados y poseen distintos niveles de eficacia y validez científica, siendo posible asociar el modelo biológico con el enfoque médico-psiquiátrico y el modelo psicosocial con los enfoques psicológicos (incluido el psicoanálisis), los cuales, a su vez, son múltiples, pues, como se sabe, existen corrientes o escuelas psicológicas cognitivo-conductuales, humanistas, psicodinámicas, entre otras⁹ (Parra et al., 2011).

Así, con la aparición de los modelos y estrategias científicas, se creó una tensión entre estas y las comunidades terapéuticas, de modo que, progresivamente los científicos se interesaron por el trabajo realizado en las comunidades, las cuales poco a

9 Estos enfoques presentan diferentes concepciones sobre el ser humano y las relaciones que este establece con las drogas, sobre el origen (génesis, etiología, entre otros términos) de las adicciones o toxicomanías, pero también sobre las formas de intervenir o tratarlas a través de las psicoterapias y terapias de conducta, por lo cual existen multiplicidad de modelos, enfoques, estrategias y técnicas para abordar el fenómeno de las drogas (Johnson, 1999; Pérez, 2001, Calderón et al., 2001; Casari, Ison, Albanesi & Maristany, 2017).

poco fueron abriendo las puertas para que se intercambiarán experiencias de trabajo¹⁰. Así mismo, como ya se dijo, al interior de la ciencia, los diversos modelos, estrategias y técnicas, no gozan del mismo prestigio, pues algunos se consideran pseudocientíficos al no seguir estrictamente el método positivista de las ciencias, que implica una demostración experimental de las teorías, que a su vez sustentan las técnicas de intervención; razón por la cual, en la actualidad tienen más prestigio, y por ende son más usadas, las técnicas y estrategias de corte cognitivo-conductual, luego las humanistas y finalmente las psicodinámicas, que no gozan de un acervo de evidencias científicas amplio, pues este enfoque psicológico no se inscribe en dicha tradición científica positivista (Bolado Moragues, 1999, Gaitán , 2002; Naparstek, 2008; Arias & Correa, 2016). En síntesis, en la actualidad se privilegian las técnicas basadas en la evidencia científica, que son usadas a nivel internacional, siendo necesario contextualizar estas técnicas de acuerdo con la cultura de los sujetos, con su idiosincrasia, razón por la cual no pueden ser aplicadas de la misma forma en diversos contextos, según recomiendan los expertos (Parra et al., 2011)

En cuanto a los enfoques teóricos, el enfoque médico psiquiátrico se caracteriza por el énfasis en los aspectos orgánicos, físicos, de las enfermedades mentales, razón por la cual utilizan la perspectiva anatomo-fisiopatológico, según la cual, el origen, causa, génesis o etiología de estas afecciones psicológicas obedece a alguno de los siguientes factores etiopatogénicos; predisposición heredada, daño o lesión cerebral o del sistema nervioso central, ocasionada accidentalmente (por un trauma físico, golpe), intoxicación,

10 En la actualidad, dentro de las comunidades terapéuticas laboran profesionales de la psicología, el trabajo social y la medicina, junto con los conocidos operadores de comunidad (exadictos rehabilitados), articulando ambos enfoques, lo que implica el reconocimiento del valor de estos conocimientos científicos por parte de las comunidades, aun cuando no ocurre lo mismo en los centros de rehabilitación, de modelo más científico (clínico), pues en ellos no se cuenta con operadores de comunidad, debido a que estos sujetos trabajan desde su experiencia, desde lo empírico de su relación con las drogas y no a partir de una formación académico-científica rigurosa (Parra et al., 2011).

desequilibrio de sustancias químicas (neurotransmisores), entre otros factores que implican una alteración orgánica. Es lógico entonces que la intervención médico psiquiátrica enfatice la farmacoterapia como una estrategia biológica que permite reducir la ansiedad de los toxicómanos ante la abstinencia del consumo de drogas (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

Desde el enfoque conductista, se considera que los trastornos mentales en cuestión serían producto del aprendizaje, de procesos mediante los cuales el individuo aprendió este tipo de conductas disfuncionales o desadaptativas. Esto puede ocurrir por procesos de condicionamiento clásico o también por procesos de condicionamiento operante, en donde una conducta que es reforzada se incrementa, en este caso, el consumo de drogas se incrementa en razón de los reforzadores que recibe la persona adicta y que dificultan su extinción, la cual se podría producir aparejando castigos y refuerzos a la persona según programas de refuerzo y castigo variable o de intervalo fijo. Además, desde esta perspectiva se considera que el consumo de drogas puede ser producto del aprendizaje vicario, es decir, por observación de otros que consumen drogas y la posterior imitación del comportamiento observado, lo cual explica por qué muchos sujetos consumidores iniciaron el consumo a partir de la curiosidad que se generó al ver a otros consumir drogas o estar bajo sus efectos. Según esta teoría, el modelo al que se desea imitar debe tener prestigio para la persona, siendo importante considerar que en la infancia y la adolescencia se suelen idealizar a pares o iguales en vez de los padres, quienes a menudo consumen drogas y son modelos de imitación de otros jóvenes (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

En lo referente a la psicología cognitiva, se considera que el consumo de drogas se relaciona con fallas en el procesamiento de la información, según un modelo cibernético en el que el ser humano es como un computador que procesa datos, siendo

el cerebro el *hardware* y la mente el *software*, de modo que el origen de estas afecciones mentales se relaciona con fallas en la forma en que la mente procesa la información sobre la realidad, sobre el mundo y el futuro, sobre los demás seres humanos y sobre sí mismo; es decir, la forma en que a través de los esquemas mal-adaptativos tempranos percibimos e interpretamos la realidad, creando ideas irracionales y distorsiones cognitivas que pueden estar asociadas al consumo de drogas, por ejemplo, la minimización que hacen los jóvenes de los daños o perjuicios que puede causar el consumo de drogas. Así mismo, los problemas referidos a los autoesquemas o autoestima pueden ser la base de la conducta autodestructiva de consumo de drogas, pues la persona no se cuida o protege en tanto no se valora, pues su autoestima está lesionada. Desde esta perspectiva se podría producir una reestructuración cognitiva que permita identificar estas ideas irracionales y las emociones que están asociadas a ellas y la conducta de consumo de drogas para modificar estos pensamientos y por ende la conducta (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

Desde la perspectiva humanista, se piensa que el consumo de drogas puede obedecer a la pérdida del sentido de vida al atravesar por situaciones límites o experiencias cumbres. Es común que en la adolescencia se experimenten crisis existenciales en las que las personas no encuentran razones para vivir y desarrollan síntomas depresivos y hasta suicidas, de modo que el consumo de drogas en estos casos es un refugio contra estos estados displacenteros. Igualmente, en algunos sujetos el consumo de drogas se relaciona con una alteración de las tendencias de autorrealización del ser humano, con estados de frustración, al no poder realizar sus sueños o metas, o también por la insatisfacción de necesidades básicas de segundo nivel de filiación o pertenencia. Por ello, algunos jóvenes y adultos consumen drogas como forma de ser parte de un grupo, de satisfacer las necesidades de filiación, de aprobación y aceptación; pero también el consumo de drogas a menudo es una forma de negar una pérdida o de enfrentar una

situación dolorosa, razón por la cual este consumo evidencia otras problemáticas de la persona, razón por la cual este enfoque es denominado como comprensivo, en contraste con los sintomáticos, que buscan la eliminación rápida del síntoma, sin reconocer su función dentro de la vida de la persona. El consumo de drogas también se relaciona con los estados de incongruencia de la persona, que representan una distancia entre su *self* ideal y el real (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

Desde la psicología dinámica y psicoanálisis, el consumo de drogas también puede entenderse como una forma de enfrentar los problemas y tensiones de la realidad frustrante, pero de forma patológica, pues se aprovechan los efectos psicofisiológicos de las drogas y su capacidad insensibilizadora para olvidarse por un momento de tales problemas. Pero además, desde este enfoque el consumo de drogas representa una conducta sintomática que evidencia una forma patológica de reducir la ansiedad asociada a diversos conflictos internos y externos, de modo que el consumo de drogas adquiere diversas significaciones en la historia singular de cada persona, que tiene que ver con elementos autobiográficos singulares que no se repiten en la historia de otros adictos, siendo necesario llegar a una interpretación profunda del síntoma y demás formaciones del inconsciente del analizante, que permitan hacer consciente lo inconsciente y con ello quitar la función expresiva del síntoma, pues al poner en palabras nuevamente el conflicto que está generando los mecanismos defensivos que producen los síntomas, estos últimos desaparecen; proceso que puede ser largo y, por ende, no se suele utilizar en el tratamiento institucional de las adicciones, en donde se usan enfoques más psicodinámicos según los cuales el consumo de drogas se relaciona con una debilidad del yo debida a la escisión del mismo, a la falta de integración en el proceso de desarrollo libidinal, pero también a la inmadurez de ese yo que utiliza mecanismos de defensa arcaicos para enfrentar los conflictos del presente, del aquí y ahora; por lo que en la terapia se busca fortalecer el yo para que este enfrente

la realidad de forma adecuada, de modo que el terapeuta actúa como el yo auxiliar que en la infancia permitía superar el estado de desvalimiento que produce angustia (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

Desde el enfoque sistémico, se considera que el consumo de drogas de un miembro de la familia no es síntoma de un problema individual de la persona adicta, sino síntoma de la disfuncionalidad del sistema familiar del que hace parte la persona en cuestión, de modo que las dinámicas familiares y sus fallas serían las causas del inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Entre estas fallas típicamente se encuentran problemas de comunicación, de expresión de afectos positivos, falta de autoridad, uso del maltrato físico y psicológico como estrategia de crianza y de relación de pareja, entre otros. De modo que se busca la identificación de estos factores que hacen parte de la dinámica para corregirlos, por parte de los propios miembros de la familia, siendo una responsabilidad de todo el sistema familiar el cambio de la persona adicta (Johnson, 1999; Kaplan & Sadock, 1999; Murcia & Orejuela, 2014; Castaño, 2019).

En cuanto a los modelos, se encuentra el Modelo biomédico. Según este modelo, el más tradicional y hegemónico, el consumo de drogas obedece a factores orgánicos, fisiológicos, especialmente a déficit, alteraciones o daños neurológicos o del sistema nervioso central (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Según el Modelo biopsicosocial, emergente y en auge actualmente, el consumo de drogas obedece a la conjunción de factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales actúan de forma complementaria. De modo que en algunos casos, uno de los factores puede tener mayor incidencia que otro, pero siempre se encuentra la influencia de los tres aspectos (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Desde el Modelo sociocultural, los factores sociales son los mayores determinantes del consumo de drogas, entre ellos la tolerancia social o normalización del consumo, las problemáticas

sociales, el déficit educativo y económico, la sugestión de los medios masivos de comunicación y la publicidad, entre otros (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Según el Modelo Dayton, el tratamiento se debe dirigir a la modificación de conducta, específicamente las conductas disfuncionales o desadaptativas como el consumo de drogas, por lo cual se utilizan diversas estrategias para que la persona pueda lograr mantenerse en abstinencia controlando el deseo de consumir nuevamente (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

En el Modelo Jones, el sujeto toxicómano debe comprender el porqué de su consumo de drogas, antes de buscar la abstinencia, por lo que se busca responsabilizar a este sobre su relación con las drogas para que asuma una postura activa, todo ello mediado por el apoyo familiar (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Según el Modelo de aprendizaje, la persona puede aprender una serie de conocimientos y habilidades que le permiten prevenir las recaídas, mediante refuerzos y modelados se pretende una modificación del estilo de vida disfuncional del paciente (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014). Desde la comunidad terapéutica, la convivencia en comunidad permite que los sujetos puedan cuestionarse, reconocer su responsabilidad y darse apoyo en el proceso de cambio, en el cual los aspectos espirituales tienen un lugar central, pues permiten llenar vacíos emocionales de las personas que se relacionan con su problema de consumo de drogas, siendo el operador de comunidad terapéutica quien dirige el proceso desde su propia experiencia empírica con las drogas y en las comunidades terapéuticas de las que ha egresado (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

En los Grupos de Autoayuda se considera que las actividades grupales favorecen la identificación de los sujetos a partir de elementos comunes referidos a la problemática en cuestión, en este caso, el consumo de drogas, de modo que más allá de las diferencias individuales que generan conflicto, la identificación al síntoma común permite ser cuestionado y aceptar las

devoluciones de los demás para asumir responsabilidad frente al consumo, por lo cual, los demás representan un apoyo para seguir luchando contra el deseo de consumo de drogas, siendo posible desahogarse con el otro compañero, pero también recibir consejos y motivación para continuar con el proceso (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Según el Modelo teoterapéutico, los aspectos religiosos o espirituales permiten que los adictos reciban apoyo moral desde la fe, desde las creencias religiosas que permiten fortalecer la voluntad de los adictos para dejar el consumo de drogas y encontrar en dios y la religión una forma de vivir sin drogas (Becoña, 2008; Murcia & Orejuela, 2014).

Aspectos legales mínimos de la rehabilitación en Colombia

En nuestro país, el Ministerio de Salud exige que los modelos y estrategias usados tengan validez científica, de manera que estas prácticas basadas en la evidencia satisfagan las exigencias legales y, por ende, tengan gran reconocimiento, no solo en el ámbito científico, por ejemplo la validación de la *American Psychological Association*, APA (Aguilera & Marta, 2003; Hernández, 2010; Pacheco, Ayme & Martínez, 2013), sino también legal. Sin embargo, el Ministerio de Salud también reconoce como válidas las prácticas que se realizan en las comunidades terapéuticas, en las que se privilegian aspectos místico-religiosos, pues aunque estas no estén basadas en la evidencia científica, sí han mostrado eficacia terapéutica, incluso en sus inicios una eficacia mayor a la que mostraban las técnicas científicas, tal como vimos.

Más aun, el Ministerio de Salud exige que en los centros de rehabilitación de modelo más científico, más clínico, sea tenida en cuenta la dimensión espiritual, pues como ya se dijo, esta hace parte del ser humano y los tratamientos deben ser *integrales*, aunque se privilegien las dimensiones biológicas o psicológicas del hombre, según un claro cientificismo (Parra et al., 2011). En ese orden de ideas, el Ministerio de la Protección Social, Resolución Numero 4750 de 2005 (Diciembre 20), define “las condiciones

de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones”, con el objetivo de controlar la calidad del servicio de salud ofrecido “en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) y los servicios de farmacodependencia, para lo cual deberán cumplir con las condiciones de habilitación establecidas en la misma” (p. 1).

De modo que, en Colombia, se han creado algunas definiciones para hacer el seguimiento y control de los mismos. Veamos algunas de las más importantes para los fines del presente estudio. Según esta resolución, en nuestro país los Centros de Atención en Drogadicción (CAD¹¹) son “toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas” (p. 2), aclarando que esto debe hacerse “mediante la aplicación de un determinado *modelo o enfoque de atención*, basado en evidencia” (p. 2), tal como hemos visto en el apartado anterior. En cuanto al concepto de Modelo o enfoque de atención, este hace referencia a: “el conjunto de orientaciones terapéuticas en las que se basan los centros de atención en drogadicción para brindar el tratamiento a sus usuarios” (p. 2), algunos de los modelos considerados como válidos serían: “Comunidad terapéutica (tradicional/renovada), 12 pasos, espiritual-religioso, médico-clínico-psiquiátrico, psicológico-interdisciplinario, pedagógico-reeducativo y terapias alternativas u otras que demuestren evidencia comprobable de eficacia” (p. 2). Además, debe aclararse que por *Servicio de farmacodependencia* se entiende: “el servicio clínico en la modalidad hospitalaria, dedicado al tratamiento de pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas, que por su condición aguda requieren el servicio de atención médica ofrecido por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”

11 Esta denominación sigue siendo utilizada actualmente, aun cuando la Resolución 4750 de 2015 haya sido derogada por la Resolución 089 de 2019 y la Resolución 3100 del mismo año.

(p. 2). En cuanto al concepto de *Tratamiento y rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas*, se informa que este se refiere al:

conjunto de programas, terapias, actividades, intervenciones, procedimientos y enfoques basados en evidencia, que aplican los Centros de Atención en Drogadicción, con el propósito de lograr la deshabitación al consumo de sustancias psicoactivas o su mantenimiento, con el fin de reducir los riesgos y daños asociados al consumo continuado de sustancias psicoactivas y procurar su rehabilitación y preparación para la reinserción a la vida social. (p. 2)

Así mismo, en esta resolución se clasifican los CDA, de suerte que estos “pueden ser ambulatorios o residenciales y contarán con condiciones específicas para su habilitación” (p. 2), los primeros serían aquellos que: “desarrollan su Modelo o Enfoque de Atención sin ofrecer servicio de alojamiento nocturno” (p. 2), mientras que los segundos serían aquellos que: “brindan como parte de su Modelo o Enfoque de Atención alojamiento nocturno a sus usuarios” (p. 3)¹². Ahora, en el Artículo 4º, donde se habla del mejoramiento de la calidad de estos servicios, se dice que los CDA: “deberán ajustarse a lo dispuesto en los artículos 36 a 39, 42 y 45 del Decreto 2309 de 2002, en lo relacionado con el cumplimiento del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad” (p. 3), razón por la cual, es necesario revisar estos programas con miras a lograr una mayor eficacia de los mismos, lo que explica por qué en el Artículo 5º, se sostiene que estos CDA, deben: “demostrar voluntariamente el cumplimiento de niveles superiores de calidad y someterse a un proceso de Acreditación, con estándares definidos por el Ministerio de la Protección Social para este tipo de instituciones” (p. 3), es decir, deben autoevaluarse para cumplir las condiciones establecidas, las

12 Siendo importante considerar que: “Un mismo Centro de Atención en Drogadicción podrá ofrecer programas de tratamiento y rehabilitación bajo la modalidad residencial y Ambulatoria y, en tal sentido, será considerado como mixto, para los efectos de su registro y habilitación” (p. 3).

cuales se describen en el Anexo 1 de esta Resolución, de modo que pueda hacerse una “verificación de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia” (p. 6). Esta resolución fue derogada luego por la Resolución Número 1043 de 2006 (3 de abril de 2006) y posteriormente con la Resolución 089 de 2019 y la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, en que se establecen las disposiciones legales actualmente vigentes en nuestro país.

Conclusiones y recomendaciones

Esta información, además de ser importante para estos procesos legales, también permite examinar las practicas usadas en estas Instituciones, pero con fines investigativos, como es el caso del estudio que actualmente lleva a cabo la Gobernación de Antioquia, dentro de las múltiples acciones diseñadas para enfrentar la situación de aumento en el consumo de drogas en la población de niños y jóvenes, pues a partir de la creación de la Escuela Contra las Drogas, busca, entre otros propósitos, generar investigaciones científicas que permitan identificar las instituciones que prestan estos servicios en nuestra región, así como los modelos y estrategias que estos utilizan para abordar el fenómeno pues, de esa manera, en un segundo momento se podrá evaluar la validez de estas prácticas, así como el impacto (eficacia) que estos han tenido, con miras a retroalimentar las instituciones y aportar conocimientos científicos para ayudar a repensar y rediseñar estos modelos y estrategias y así ofrecer cada día mejores servicios que impacten el fenómeno de forma más significativa y permitan brindar a la ciudadanía una mejor calidad de vida.

Referencias

- Aguilera, R., & Marta, R. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. *Salud mental*, 26(6), 76-83.
- Arias, F., & Correa, J. (2016). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. *AGO.USB*, 16(1), 231-254.
- Becoña, E. B. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas Basadas en Evidencia Científica*. Socidrogalcohol.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Belcher, H. (1998). Abuso de sustancias en niños: predicción, protección y prevención. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152(10), 952-60.
- Bolado Moragues, T. (1999). Caso Clínico: Toxicomanía un abordaje psicoanalítico. *Psiquiatría Pública*, 11(3), 104-107. <https://www.yumpu.com/es/document/view/5520273/caso-clinico-toxicomania-un-abordaje-psicoanalitico>
- Castrillón, M. (2008). Entre “Teoterapias” y “Laicoterapias”. Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos sujetos sociales. *Psicología & Sociedad*, 20(1), 80-90.
- Casari, L., Ison, M., Albanesi, S., & Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 7-17. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.FEPT>
- Castaño, D. (2019). *Vías de acceso a la psicología de toxicómano y la vulgarización de su concepto* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de San Buenaventura.

- Calderón, G., Ramírez, L. E., Jiménez, L. E., & Cardona, P. M. (2001). *Farmacodependencia: conceptos y enfoques*. FUNLAM.
- Cepeda, J. (1989). *Prevenimos la farmacodependencia: programas educativos: preescolares, escolares, adolescentes, adultos*. Uninorte.
- Corominas, D., & García, I. (2014) Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos de drogodependencia: un estudio en usuarios de centros de atención de la intercomuna Concepción – Talcahuano. *Revista perspectivas*, (25), 143-166. <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/Perspectivas/article/view/422/372>
- Comas, D. (1998). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Danza, C. (2009). ¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa. *Rev. Psiquiatr Urug*, 73(1), 99-108.
- De León, G. (2000). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. Desclée de Brouwer.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2019). *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General - ENCSPA- 2019*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/presentacion-encspa-2019.pdf>
- Galván-Reyes, J., Ortiz Castro, A., & González Uribe, L. (1997). El sistema de Registro de Información sobre Drogas. Un auxiliar diagnóstico en la evaluación de la farmacodependencia. *Salud Pública de México*, 39(1), 61-68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639110>
- Gaitán, J. (2002). Consumo de SPA, reflexiones académicas sobre estudios epidemiológicos realizados en Colombia. *Suma Psicológica*, 9(2), 215-235.
- Hernández, D. (2010). Tratamiento de adicciones en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 153-170.

- Johnson, B. (1999). Tres puntos de vista sobre la adicción. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 791-815. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000128>
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Panamericana - Williams & Wilkins.
- Moreno, K. (1999). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas*. Centros de Integración Juvenil.
- Ministerio de Salud & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Modelo de atención integral para trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Colombia*. UNODC. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf>
- Murcia, M., & Orejuela, J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7(2), 153-172.
- Naparstek, F. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Grama Ediciones.
- Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. (2016). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar COLOMBIA - 2016*. Observatorio de Drogas de Colombia. <http://www.odc.gov.co/>
- Ortiz, M. (2020, 4 de agosto). Las sustancias psicoactivas más consumidas por los colombianos. *EL TIEMPO*. <https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/resultados-encuesta-nacional-2019-de-consumo-de-drogas-y-alcohol-526030>
- Parra, A., Padilla, D., López, R., Rodríguez, C., Martínez, A., & Martínez, M. (2011). Revisión sistemática de la evaluación de la eficacia de los programas de tratamiento en drogodependencias. *Revista de Psicología*, 5(1), 435-442.

- Pacheco, T., Ayme, M., & Martínez, K. (2013). El arte de ser terapeuta. ¿Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas? *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 199-217. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228948011>
- Pérez, G. C. (2001). *Nuevas estrategias de atención en drogodependencias*. Publicaciones Editadas.
- Resolución 4750 de 2005 [Ministerio de la Protección Social]. Por la cual se definen las condiciones de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 2005. D.O. No. 46.131.
- Resolución 1043 de 2006 [Ministerio de la Protección Social]. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. 17 de mayo de 2006. D.O. No. 46.271.
- Resolución 3100 de 2019 [Ministerio de la Protección Social]. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 26 de noviembre de 2019. D.O. No. 51.149.
- Souza y Machorro, M. (2005). Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 6(1), 52-66.
- Souza y Machorro, M. (2009). Fundamentos del tratamiento profesional de las adicciones. *Mexicana de Neurociencia*, 10(3), 202-211.
- Toti, M. (2009). *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga*. Fundación Hogares Claret.
- Llorente, J., & Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329-336.

- Uribe, N. (2011). El conocimiento científico sobre las drogas y su importancia en los programas de prevención e intervención. *Análisis*, 8, 149-157. http://www.fiuc.org/bdf_document-58_fr.html
- Uribe, N., & Castaño, G. (2014). Barras de fútbol, consumo de drogas y violencia. *Psicología desde el caribe*, 31(2), 243-279.
- Velosa, J. (2011). Las drogas en Colombia. Anotaciones sobre historia y políticas públicas. *Análisis*, 8, 137-48.