



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

## FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Duelo y adicciones: pérdidas que se resuelven con el  
consumo vs lo que debo perder al dejar de consumir**

Autora: Elena de la Salceda García Caballero

Directora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

2020/2021

## ÍNDICE

1. RESUMEN .....	2
2. INTRODUCCIÓN .....	3
3. MARCO TEÓRICO .....	4
1. En qué consisten las adicciones .....	4
1.1. Conceptualización .....	4
1.2. Factores de riesgo y de protección .....	9
2. Qué es una pérdida .....	13
2.1. Teoría del duelo .....	13
2.2. Tipos de pérdidas .....	17
2.3. Pérdidas al iniciar el consumo .....	18
2.4. Pérdidas relacionadas con el proceso de rehabilitación .....	20
2.5. La historia de Martín .....	22
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	23
5. REFERENCIAS .....	30

## **1. RESUMEN**

### **RESUMEN**

El objetivo principal de este trabajo es estudiar el consumo de drogas y su conexión con las pérdidas que pueden surgir a lo largo del ciclo vital. Se parte de la premisa de que las pérdidas pueden ser desencadenantes del consumo o consecuencia del cese. Para ello se realiza una revisión de qué se considera consumo y cuándo pasa a convertirse en una adicción. Puesto que la adicción es un fenómeno biopsicosocial, se tienen en cuenta los factores de riesgo y de protección asociados a sus distintos niveles, con la finalidad de elaborar un perfil más propenso a consumir sustancias. También se revisan teorías del duelo y tipos de pérdidas propuestos en la literatura para relacionarlo con el consumo. Se llega a la conclusión de que son dos variables que se influyen mutuamente, dando lugar a tres posibles escenarios: duelos no resueltos que pueden detonar el inicio, pérdidas que conlleva la dependencia a una sustancia y necesidad de perder para poder superar la adicción.

**PALABRAS CLAVE:** Adicción, abuso de sustancias, drogas, duelo, pérdida.

### **ABSTRACT**

The main objective of this work is to study drug use and its connection with the losses that can appear throughout the life cycle. It starts from the premise that losses can be triggers for consumption or a consequence of cessation. For that purpose, what is considered consumption and when it becomes an addiction is reviewed. Since addiction is a biopsychosocial phenomenon, the risk and protective factors associated are taken into account, in order to develop a profile that is more prone to substance use. Theories of grief and types of losses proposed in the literature are also reviewed to relate them to consumption. To conclude, they are two variables that influence each other, resulting in three possible scenarios: unresolved duels can trigger the beginning, dependence on a substance leads to losses, and the need to lose in order to overcome the addiction.

**KEY WORDS:** Addiction, drug abuse, drugs, mourning, loss.

## **2. INTRODUCCIÓN**

El presente estudio tiene como objeto final el análisis de las posibles pérdidas que pueden producirse o derivarse de una situación de consumo. En el primer caso, la pérdida favorece el inicio y/o el mantenimiento del consumo, en contraposición con el segundo, en el que las pérdidas se deben a la remisión del abuso de sustancias. Se trata de un tema de especial interés debido a la controversia que se puede ver reflejada en que las pérdidas significativas pueden desencadenar un consumo, pero también el abandono de esa conducta conlleva una serie de pérdidas, que tanto la persona que sufre la adicción como el psicoterapeuta han de tener en cuenta a la hora de realizar un tratamiento.

En primer lugar, es necesario estudiar una serie de aspectos importantes que pueden predisponer al consumo. A nivel neurobiológico, de acuerdo con González (2008), el uso repetido de sustancias puede dar lugar a alteraciones de larga duración en el cerebro. Dichas variaciones pueden afectar a las regiones que modulan la motivación, los procesos de recompensa y el control inhibitorio. Por otra parte, hay diversos autores, sobre todo dentro de las distintas corrientes psicoanalíticas, que coinciden en que detrás del consumo puede haber perfiles de personalidad narcisista. Asimismo, González (2008) defiende que existe una correlación directa entre las personas adictas al consumo de drogas y su personalidad previa. El motivo de la importancia de lo comentado anteriormente reside en que en las personas adictas se puede apreciar una vulnerabilidad narcisista que emerge ante las situaciones de impotencia e indefensión Dodes (1990).

Díaz y Sanabria (1994) proponen que ante un duelo por la pérdida de un ser querido deben realizarse una serie de reajustes. Cuando la persona no es capaz de ajustarse eficazmente a la nueva situación, se pueden generar alteraciones a nivel emocional y conductual que podrían desencadenar un patrón de consumo. Siguiendo esta línea argumental, hay evidencias de que las personas con adicciones a drogas, especialmente a la heroína, tienen una historia vital más marcada por la muerte de familiares y otras personas cercanas, sobre todo en edades tempranas y adolescencia. También apuntan a un mayor índice de pensamientos suicidas (Coleman et al., 1986).

Otra cuestión importante para tener en cuenta es que, en la gran mayoría de casos, la elección de la droga está íntimamente relacionada con la necesidad que tiene el

consumidor. Por esta razón, hay autores como Domínguez (2008) que plantean que la droga puede cumplir una función ansiolítica con el fin de calmar las sensaciones y sentimientos difíciles. Esto puede ser una cuestión significativa a la hora de comprender el dolor de los duelos no elaborados y los sentimientos de vacío generados tras una pérdida. A su vez, esta cuestión está estrechamente ligada al dolor que puede desencadenar un duelo por una pérdida significativa.

Por otro lado, existe una faceta relacionada con las adicciones y las pérdidas a las que se tienen que enfrentar las personas que padecen adicciones cuando quieren dejar de consumir. Lapunov (2008) la plantea que “no existe salida de una adicción sin renuncia”. En este sentido las pérdidas y el proceso de duelo son entendidos como lo proporcionado por la sustancia que hay que abandonar cuando cesa el consumo. Si el proceso de duelo frente a estas pérdidas no es completamente satisfactorio, se incrementa la probabilidad de que la persona recaiga. Los tres duelos que hay que trabajar durante ese proceso tienen que ver con la sustancia de elección, el personaje de consumo y los compañeros de consumo (Lapunov, 2008).

En definitiva, la finalidad de este trabajo consiste en revisar la relación existente entre los sentimientos de pérdida y duelo y las adicciones, a fin de analizar la influencia mutua que tienen dichas variables entre sí.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **1. En qué consisten las adicciones**

##### **1.1. Conceptualización**

La Organización Mundial de la Salud define adicción como “una enfermedad física o psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación”. Está basada en una serie de signos y síntomas relacionados con aspectos biológicos, genéticos, psicológicos y sociales (OMS, 1994).

El DSM-V introduce un cambio en la clasificación de este tipo de trastornos. La última versión elimina las categorías de abuso de sustancias y dependencia para mejorar la coherencia y claridad del manual. En su lugar se introduce la categoría global de trastornos por consumo de sustancias. Se incluye dentro de esta clasificación el diagnóstico con base en nueve tipos de sustancias diferentes. Las sustancias referidas son: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, opiáceos, sedantes hipnóticos o ansiolíticos,

estimulantes, tabaco, otras sustancias o sustancias desconocidas. La décima forma de clasificación está vinculada a trastornos no relacionados con sustancias, como es el caso del juego patológico (APA, 2014).

El factor principal de este trastorno se debe a los síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos derivados de la continuación del consumo, cuando de dicha conducta derivan problemas significativos para el individuo (APA, 2014).

Entre las distintas formas que puede adoptar el consumo de sustancias destacan: consumo experimental, social, regular o intenso y compulsivo. No necesariamente consumir implica una dependencia, por lo que un sujeto capaz de alternar entre estos distintos modos no tiene porqué desarrollarla (Becoña y Vázquez, 2001).

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia refiere cuatro niveles de adicción: 1) Experimentación, consistente en probar la droga por curiosidad para experimentar los efectos; 2) Uso, cuando el consumo es de manera esporádica y no afecta al ámbito familiar, social o laboral; 3) Abuso, consumo regular con intoxicación en algunas ocasiones; 4) Adicción, cuando ya existe conducta compulsiva, es complicada la abstinencia y hay grave deterioro de las relaciones sociales y del ámbito laboral o académico (IAFA, 2018).

En cuanto a las adicciones sin sustancia, son aquellas que implican la pérdida de control ante una conducta determinada. Al inicio de la ejecución de la conducta las sensaciones de placer y satisfacción refuerzan positivamente el comportamiento, mientras que conforme avanza la adicción, empieza a ser reforzada negativamente por el alivio del malestar emocional acumulado durante el periodo de tiempo en el que no se ha ejecutado la conducta. Los resultados son, la desaparición del interés por otro tipo de conductas y la aparición de repercusiones a nivel personal, familiar o laboral. Por lo tanto, se puede llegar a desarrollar una adicción comportamental respecto a cualquier conducta que al inicio sea considerada como placentera. A diferencia de las adicciones con sustancia, es poco frecuente que un mismo individuo presente adicción a varios tipos de conductas, pero sí que es usual que una persona desarrolle a la vez adicciones de carácter psicológico junto con otras de carácter químico. Por ejemplo, el juego patológico se suele asociar con consumo de tabaco y alcohol, mientras que la adicción al trabajo se suele vincular al consumo de drogas estimulantes que permiten mitigar los síntomas de agotamiento (Fernández-Montalvo y López, 2010). Algo que también diferencia las adicciones

comportamentales de aquellas con sustancia es que en este primer grupo el objetivo no es eliminar la conducta, a excepción del juego patológico, sino aprender a emitir la respuesta de manera controlada (Mora et al., 2015).

**1.1.1. Cuestiones neurobiológicas.** El trastorno por consumo de sustancias tiene como consecuencia un cambio subyacente en los circuitos cerebrales que permanece tras la desintoxicación. Esto conlleva unos efectos comportamentales que se hacen visibles en la repetidas recaídas y el deseo intenso de consumo ante estímulos derivados de la droga (APA, 2014).

Dicho cambio se fundamenta en la importancia del sistema de motivación y recompensa descubierto en un experimento que llevaron a Cabo Olds y Milner en 1954. Estos autores concluyeron que el placer impulsa la conducta, a pesar de que esto implique realizar conductas que dificultan la supervivencia. Este sistema está formado principalmente por neuronas dopaminérgicas situadas en el área ventral tegmental (AVT), las cuales se encuentran conectadas con la vía mesolímbica (amígdala y núcleo accumbens) y la mesocortical (corteza prefrontal). Es en la corteza prefrontal donde se encuentran los receptores dopaminérgicos y, por tanto, el lugar donde actúa la dopamina. Existen otras vías dopaminérgicas en el cerebro, pero son las explicadas anteriormente las que tienen mayor relación con el sistema de motivación y recompensa (Olds et al., 1954).

Las drogas de abuso se clasifican como reforzadores vacíos porque producen una mayor activación del AVT y el resultado final es un incremento en la liberación de dopamina que desemboca una sensación de placer más intensa. De este modo, durante la abstinencia se produce una menor liberación de dopamina que propicia un estado de ánimo disfórico (craving). Asimismo, el sustrato neuroanatómico para controlar la conducta está regulado por el sistema de inhibición de la conducta. En definitiva, la corteza prefrontal puede encontrarse afectada y, en ese caso, puede dar lugar a conductas desadaptativas, como la adicción.

proponen la teoría de la sensibilización al incentivo. De esta teoría se derivan varias conclusiones que relacionan aspectos neurobiológicos con adicción. En primer lugar, llegan a la conclusión de que hay muchas drogas que son capaces de favorecer la neurotransmisión de la dopamina y activar las estructuras vinculadas. En segundo lugar, la función psicológica de este sistema neural es la capacidad de proporcionar a los incentivos una percepción y representación mental. En tercer lugar, en consumo repetido

de sustancias adictivas da lugar a neuroadaptaciones del sistema. En cuarto lugar, se favorece la asociación del consumo y la sustancia a determinados incentivos. Por último, la sensibilización del sistema neural puede motivar el comportamiento adictivo, indistintamente de otras circunstancias motivadoras como la expectativa de placer o la evitación de las consecuencias aversivas de la abstinencia. La consecuencia de lo anteriormente explicado es que “la sensibilización al incentivo transforma el deseo ordinario en deseo compulsivo” (González, 2008).

De igual manera, las aportaciones de González (2008) también mantienen que el uso repetido y continuado de sustancias produce alteraciones cerebrales de prolongado transcurso. Se producen modificaciones en regiones del cerebro relacionadas con los procesos de motivación, recompensa y control inhibitorio. Concretamente, irregularidades en la corteza orbitofrontal y en la circunvolución anterior del cíngulo. Dichas áreas se encuentran relacionadas con la conducta impulsiva y la desinhibición, respectivamente. Por lo tanto, la exposición crónica a la sustancia es fundamental para que se desarrolle la adicción. No obstante, también es necesaria la interrelación de factores ambientales con los factores neurobiológicos mencionados. En particular, los cambios en la corteza orbitofrontal se deben a la reducción del metabolismo basal de glucosa, y la importancia clave de esta región del cerebro radica en que es la encargada de jerarquizar los estímulos (Cortés Morelos et al., 2017).

Por otro lado, el sistema endocannabinoide (SECB) participa en la regulación de diversos procesos fisiológicos. Destacando también su importancia en la aparición de trastornos relacionados con el uso y el abuso de sustancias. Los receptores cannabinoides más estudiados son CB1 y CB2. El CB1 se encuentra principalmente en las células gabaérgicas y glutamatérgicas, en concreto en su botón presináptico. Su principal función al activarse es la inhibición, evitando así la liberación del neurotransmisor al espacio sináptico. Mientras que el CB2 está involucrado en la regulación del consumo de cocaína y nicotina. La principal diferencia de estos neurotransmisores es que se producen al instante en momentos de alta actividad del Sistema Nervioso Central, por lo que no se almacenan en vesículas. Con respecto al factor edad, se aprecia en las investigaciones que en la etapa adolescente la expresión de los receptores CB1 y CB2 se encuentra disminuida, lo que puede ser clave para explicar la impulsividad propia de este periodo (Cortés Morelos et al., 2017).

**1.1.2. Modelo biopsicosocial de la adicción.** En la actualidad se percibe la conducta adictiva como un problema complejo basado en la interferencia de distintas dimensiones que afectan al ser humano. Además, el papel de la dimensión social cobra gran importancia, conociendo actualmente que la adicción no solo se debe a factores biológicos o psicológicos, sino que se trata de un entramado complejo de interacción entre aspectos propios de cada persona, de la cultura, de su propia biología y de sus aspectos psicológicos. A nivel biológico el abuso de sustancias psicotrópicas produce modificaciones fisicoquímicas en el funcionamiento y en la estructura (Lisset y Vargas, 2017).

El modelo médico tradicional conceptualiza la adicción como una consecuencia derivada de procesos puramente biológicos e intrínsecos de la persona. Así como simplemente la interacción entre el mecanismo farmacológico de la sustancia y la propia biología humana. Sin embargo, el modelo psicosocial propone una mirada más amplia fundamentada en lo contradictorio que sería separar las causas sociales a individuales. De este modo nace una concepción biopsicosocial que explica de manera más compleja el abuso de sustancias, teniendo en cuenta los contextos socioeconómicos y culturales de desarrollo de la persona, las bases biológicas y genéticas y diversos aspectos psicológicos (Lisset y Vargas, 2017).

Existen tres categorías a nivel social que sirven para clasificar el ambiente en el que se encuentra inmerso el individuo. En primer lugar, la dimensión macrosocial que enmarca la sociedad en sí misma y el lugar que ocupa el individuo dentro de ella. En segundo lugar, el microsistema, formado por el entorno más inmediato como la familia, el trabajo u otras relaciones cercanas. Por último, la dimensión individual que comprende los aspectos más personales y propios del individuo, como su personalidad, genética y comportamiento (Lisset y Vargas, 2017).

Por tanto, cabe destacar el papel de riesgo o protección que pueden desempeñar los factores psicosociales. Que el individuo cuente con más o menos factores de riesgo o de protección depende del proceso de socialización en el que se ve inmerso, sobre todo en etapas medias del desarrollo, como la infancia tardía, la adolescencia y la juventud. Además, el conjunto de dichos factores predispone a la persona a que pruebe o no las drogas y, en caso de probarlas, su continuación o cese del consumo (Lisset y Vargas, 2017).

## **1.2. Factores de riesgo y de protección**

Los factores de riesgo son aquellos que incrementan la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (Clayton, 1992, como se citó en Becoña et al., 2011).

Para valorar tanto los factores de riesgo como los de protección hay que tener en cuenta la idiosincrasia, puesto que aquello que supone un factor de riesgo para un individuo, no tiene por qué serlo para otro. Además, la fuerza que tiene cada factor varía en función de la etapa vital y de la esfera en la que se presente (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2011).

**1.2.1. Factores familiares.** Esta categoría es de vital importancia ya que la familia es el entorno en el que la persona crece y consolida su personalidad. Se trata pues del primer agente de socialización. La relación de apego establecida con los padres es un factor clave para forjar la personalidad y conocer cuáles son los recursos disponibles para afrontar situaciones difíciles. En este sentido, individuos con apegos no seguros y dificultades para gestionar el estrés emocional serán más propensos a consumir drogas. Del mismo modo, otras cuestiones como el tipo de crianza, el clima familiar, la disciplina familiar, la ausencia de uno de los progenitores, el consumo de sustancias por parte de los padres o la psicopatología de los progenitores también están vinculados a un mayor riesgo de abuso de sustancias (Becoña et al., 2011).

Cortés et al. (2016) proponen que los estímulos relacionados con el cuidado materno influyen en el sistema de regulación del estrés, el aprendizaje y la memoria, y el sistema de motivación y recompensa. Debido a que el proceso de maduración del córtex prefrontal es largo, es imprescindible recibir los estímulos medioambientales correctos para un adecuado desarrollo. En caso de que haya dificultades a este nivel, la corteza prefrontal será más propensa a presentar un desequilibrio que propicie la conducta adictiva.

**1.2.2. Factores comunitarios.** Se trata de factores interpersonales que se asocian al fenómeno de grupo y que se relacionan con la percepción y valoración del consumo de sustancias y las conductas desplegadas en función del aprendizaje social o modelado disponible (Lisset y Vargas, 2017).

La visión que tiene la propia comunidad del consumo de drogas, los valores adquiridos en ella, las creencias y el estilo de vida son influyentes. Estas cuestiones revelan su influencia tanto en la elección de la sustancia como en los patrones de consumo. Algunos aspectos vinculados con el consumo son: la privación social y desorganización

comunitaria en barrios marginales, la aculturación y el estrés que de esta se deriva, las creencias propias de la sociedad frente al consumo, el riesgo percibido y la accesibilidad a la sustancia dentro de la comunidad (Becoña et al., 2011).

Además, factores ambientales como la frustración, la falta de oportunidades y tensiones de tipo social o económico también suponen un factor de riesgo. Por lo que en ocasiones se puede establecer una relación entre el comportamiento antisocial, la conducta delictiva y la reincidencia con la adicción. Se fundamenta en la desinhibición y el comportamiento agresivo que puede darse como consecuencia del consumo (Lisset y Vargas, 2017).

**1.2.3. Factores de los compañeros e iguales.** Este factor es fundamental en la adolescencia. En este periodo las personas se van independizando de la familia y los iguales adquieren una mayor importancia e influencia. Cuestiones como la presión ejercida por el grupo, otras influencias indirectas para lograr la integración, la percepción del resto y el apego a los iguales pueden actuar como factores de riesgo o de protección frente al consumo (Becoña et al., 2011). Grupos en los que se ejerza presión para consumir o para integrarse y con una percepción favorable hacia el consumo contarán con miembros más propensos al uso y abuso de sustancias.

**1.2.4. Factores escolares.** Después de la familia, el colegio es uno de los primeros agentes socializadores en la infancia. Aspectos como el ajuste a las necesidades y el fomento de la autonomía y del sentido de responsabilidad sirven para evitar futuras conductas problemáticas, como puede ser el consumo de drogas. Además, el rendimiento académico, la falta de control y apoyo por parte de los profesores, y las repetidas ausencias al centro sirven como predictores de un mayor riesgo (Becoña et al., 2011).

**1.2.5. Factores individuales.** Se trata de factores intrapersonales que se pueden relacionar bien como una forma de manejar las emociones y la propia ansiedad, o bien como una forma de disminuir la frustración y alejarse de los problemas. Aunque hay ocasiones en las que el consumo puede atribuirse simplemente a la curiosidad por vivir la experiencia. En los dos primeros casos mencionados, el consumo estaría estrechamente vinculado a las habilidades de afrontamiento disponibles (Villanueva, 1989, como se citó en León y Castro, 2013).

Además, hay evidencias de la existencia de una vulnerabilidad biológica para el abuso basada en la relación existente entre genes y adicción. Factores biológicos, el sexo y la edad son fundamentales (Villanueva, 1989, como se citó en León y Castro, 2013).

Varones de entre 15 y 34 años con progenitores consumidores presentan un mayor riesgo de inicio y continuación del consumo. La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, especialmente con trastornos del estado de ánimo, también incrementa el riesgo. También la actitud favorable o desfavorable hacia el consumo que puede favorecer o evitar la conducta de consumir. Además, rasgos de personalidad como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones también predisponen (Becoña et al., 2011).

En relación con el comportamiento en grupo, es importante resaltar que la presión social para consumir ejercerá un papel de mayor o menor importancia dependiendo de aspectos personales del individuo. Por lo que habilidades deficientes para resistir la presión conducen con mayor probabilidad al consumo, sobre todo en edades más tempranas como la adolescencia (Lisset y Vargas, 2017).

Otros aspectos, como las habilidades de autocontrol y la forma de desplegar esta conducta, la autoestima, las habilidades de tipo social, emocional o de afrontamiento y las creencias relacionadas con el consumo, también tienen influencia a nivel personal. En este sentido, la falta de habilidades para autocontrolar la propia conducta puede relacionarse con la búsqueda de sensaciones placenteras. La escasez de habilidades sociales se vincula a una dificultad para mantener una postura propia, lo que implica una mayor posibilidad de ceder ante presiones externas. Problemas en el manejo de habilidades emocionales pueden derivar en consumos para solucionar de forma temporal los propios conflictos. La principal implicación de esto es la peor adherencia al tratamiento de estas personas que presentan una bidependencia, debido a la conciencia no real del problema y a la presencia de un mayor deseo de consumo, lo que implica un riesgo evidente. En este sentido, los sentimientos negativos y su interferencia en los conflictos interpersonales pueden precipitar recaídas. Es interesante tener en cuenta un aspecto relacionado con la edad, puesto que los resultados muestran que en la adolescencia y la juventud existe una mayor interdependencia. Los autores mencionan el “perfil toxicofilico” que predomina en estas edades, representado por gratificación a corto plazo y la experimentación de sensaciones placenteras que se pueden asemejar a las producidas por sustancias psicotrópicas (Lisset y Vargas, 2017).

Un aspecto importante que se ha estudiado es el constructo de bidependencia y sus implicaciones con respecto a la adherencia al tratamiento por adicción a las drogas. Los autores definen bidependencia como una doble adicción a sustancias y personas. Los

resultados de la investigación muestran que el 35.5% de adictos a drogas en tratamiento presentan simultáneamente dependencia a personas (Moral et al., 2018).

Además, los aspectos de carácter psicológico también se incluyen dentro de los individuales. González (2008) defiende que existe una correlación directa entre las personas adictas al consumo de drogas y su personalidad previa. Dodes (1990) sostiene que en personas con conductas adictivas se puede apreciar una vulnerabilidad narcisista que emerge ante las situaciones de impotencia e indefensión. Un aspecto estrechamente ligado al narcisismo es la capacidad y/o necesidad ser poderoso y tener control sobre uno mismo. El consumo de drogas promueve la capacidad de restaurar la omnipotencia. Por lo tanto, puede tener una función reparadora cuando un individuo vulnerable a la adicción se siente desbordado por sentimientos de debilidad e impotencia. Esto resulta paradójico ya que la persona intenta restablecer el sentido de control mediante una conducta que refleja la falta de control, como es la adicción.

Por otro lado, es importante conocer qué necesidades suple el consumo. Es decir, la elección de la sustancia que se consume no es aleatoria, sino que busca una determinada finalidad. Domínguez (2008) plantea que la droga puede cumplir una función ansiolítica con el fin de calmar las sensaciones y sentimientos difíciles. De tal modo, la persona puede buscar llenar el vacío provocado por una pérdida y disminuir el dolor de los duelos no elaborados. Por lo que algunas alteraciones psicológicas como depresión, estrés y ansiedad pueden estar en la base de esta problemática con la finalidad de disminuir el malestar y experimentar rápidamente sensaciones agradables relacionadas con el placer inmediato (Lisset y Vargas, 2017).

Por todo esto, la personalidad y la historia de las personas son determinantes a la hora de entender por qué consume determinada sustancia y qué es lo que busca conseguir con ese consumo. A su vez, esta cuestión está estrechamente ligada al dolor que puede desencadenar un duelo por una pérdida significativa.

Cancrini (1987) propone una clasificación de personas con adicciones y las divide en cuatro grupos: 1) Toxicomanía traumática; 2) A partir de neurosis actual; 3) De transición; 4) Sociopática. La primera categoría incluye a personas que, a raíz de un trauma, agravado por el hecho de que no comparten sus problemas, inicia la conducta de consumo. Mientras que la última categoría incluye a personas que provienen de familias desorganizadas en las que en ocasiones ya existen problemas relacionados con el consumo de alcohol o de

drogas y que se involucran en actividades delictivas previamente al inicio del consumo. Se debe a que la forma de exteriorizar el problema es mediante el acting-out.

**1.2.6. Etapas de mayor riesgo.** Además de los factores mencionados con anterioridad que pueden constituir un peligro para el inicio o continuación en el consumo, hay que tener en cuenta que hay periodos de tiempo en los que la peligrosidad se incrementa. Son aquellas etapas de la vida de una persona que suponen una transición, como empezar la escuela o cambiar de ciclo escolar. Es por ello que la adolescencia supone una etapa de especial riesgo debido a la posible exposición, el grupo de amigos o las actividades en las que se involucran. Sucede lo mismo en jóvenes adultos que dejan su casa para estudiar en la universidad o comenzar a trabajar. Los cambios unidos a la inquietud y la sensación de soledad, derivados de tener que enfrentarse a una situación nueva, potencian la posibilidad de verse involucrados en el consumo de sustancias (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2011).

El National Institute on Drug Abuse advierte de que hay menores que se inician en el consumo de forma precoz a los 12 o 13 años, siendo las sustancias más consumidas durante estas edades el alcohol, tabaco, inhalantes, marihuana y diversos fármacos prescritos. Si el consumo continúa durante la adolescencia, la marihuana sería una de las sustancias más consumidas, dando paso a otro tipo de drogas.

## **2. Qué es una pérdida**

### **2.1. Teoría del duelo**

El duelo es una reacción humana normal derivada del sentimiento subjetivo que produce la muerte de una persona cercana y querida. Esta respuesta tiene implicaciones psicológicas y sociales ante una pérdida que puede ser objetiva o subjetiva (Marquina et al., 2009).

Es un proceso, lo que implica tiene un inicio y un final, que se manifiesta en forma de perturbación de carácter emocional, la cual se puede exteriorizar de manera psicósomática. El punto de inicio es la pérdida de alguien o algo, lo que supone una experiencia de desintegración, por lo que el objetivo final de este proceso es la integración del individuo de nuevo (Garcíandía y Rozo, 2019).

Distintos autores han establecido las fases en las que consiste el duelo, aunque es importante tener en cuenta que la vivencia de cada persona es distinta. No todo el mundo

pasa por todas las fases de la misma manera, siendo posible la regresión a etapas previas (Marquina et al., 2009).

Freud (1917) es el primer autor que propone una teoría del duelo de manera clara y fundamentada. Sugiere que el sentimiento de malestar deriva del apego interno con el ser querido fallecido. Por lo que la finalidad última es desprenderse de esos sentimientos de malestar y del apego para crear una nueva disponibilidad que haga posible la vinculación con otra persona

Bowlby (1997) relaciona en sus estudios el duelo y el apego y propone cuatro fases. 1) La primera de embotamiento, donde puede manifestarse ansiedad aguda; 2) La segunda de anhelo y búsqueda de la figura perdida, donde se puede dar realmente la búsqueda activa del ser querido debido a la relación de apego existente antes de la pérdida; 3) La tercera de desorganización y desesperación, donde puede aparecer apatía y depresión; 4) Y finalmente, la de reorganización, que conlleva alcanzar cierto grado de reajuste.

Espina (2000) propone que el hecho de que un duelo sea adaptativo o no depende del contexto y el tipo de pérdida al que se enfrenta la persona. El abuso de sustancias se ve influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los factores psicológicos que se asocian al consumo destacan los relacionados con personalidad de tipo antisocial o narcisista y los vinculados a otras cuestiones psicopatológicas como alteraciones del estado de ánimo y afectivas o dificultad para el autocontrol. Siendo un hecho que los estados emocionales negativos suponen un factor de recaída en el ámbito de las adicciones. Además, un duelo no resuelto puede tener distintas consecuencias en función de la fase que atraviese el sujeto. Con respecto a la fase de embotamiento, pueden darse estados de desconcierto. En la fase de anhelo pueden aparecer estados disfóricos como la negación maníaca de la pérdida o se pueden usar como ansiolíticos, incluso como forma de encontrarse con la pérdida a través del efecto o de la propia muerte. En la fase de desesperanza se pueden usar las drogas como forma intencionada de buscar la muerte.

La evolución de un duelo no es un proceso lineal, sino que puede oscilar entre aparente recuperación y picos de duelo. El abuso de sustancias como forma de paliar el dolor es uno de los síntomas que pueden aparecer durante la elaboración de un duelo y ante el cual habría que pedir ayuda. Otros síntomas potencialmente peligrosos son culpabilidad extrema, pensamientos suicidas, desesperanza, ansiedad o depresión duraderas, sintomatología física, ira o problemas para mantener la funcionalidad (Neimeyer, 2007).

Además, referirse a etapas no implica que todos los individuos sigan el mismo recorrido a la hora de resolver un duelo, por lo que este autor entiende las fases como reacciones generales que se adaptan a la forma de funcionar de cada persona. Propone una serie de fases generales que van ocurriendo a lo largo del proceso. 1) En primer lugar, la evitación, que es una etapa de desconcierto y aturdimiento en la que la persona generalmente se sigue aferrando a la esperanza de que la pérdida no haya tenido lugar. Se basa en la dificultad del individuo para asimilar el suceso. 2) La segunda es la asimilación donde aparecen sentimientos de tristeza y soledad debido a que se empieza a digerir la pérdida. Puede cursar con sintomatología depresiva y estrés continuo que puede hacer mella en la salud física. 3) En tercer lugar, la acomodación, que consiste en la aceptación del hecho ocurrido y la incorporación a la nueva realidad.

Este autor plantea que el duelo es un proceso en el que el afectado trabaja activamente. Asimismo, plantea una serie de tareas a realizar, destacando que no tienen un orden específico a seguir y que no es necesario completarlas íntegramente para lograr una elaboración satisfactoria del duelo. 1) En primer lugar, reconocer la pérdida y entender que seguramente haya personas en el entorno a las que también les afecte de manera directa o indirecta. 2) En segundo lugar, abrirse al dolor, siendo necesaria tanto la percepción de los sentimientos de tristeza como periodos en los que evadirse del malestar, fluctuando entre el sentir y el hacer. 3) En tercer lugar, revisar el propio mundo de significados, ya que se pueden ver afectados conceptos como el sentido de justicia, vulnerabilidad o seguridad. 4) En cuarto lugar, reconstruir la relación con lo que se ha perdido, puesto que elaborar un duelo no significa olvidar. 5) Y, finalmente, reinventarse, buscando la forma de transformar el sentimiento de vacío que produce la pérdida en algo más positivo. Por lo que la idea es crear una identidad congruente con la pérdida, pero que tenga continuidad con la anterior. Los estudios sobre este tema revelan el papel curador que puede tener compartir lo sucedido y las emociones con otros.

Neimeyer (2007) formula el duelo como un proceso activo de reconstrucción de significados mediado por las emociones, los significados propios y el contexto relacional. La reconstrucción se lleva a cabo partiendo del reconocimiento de la pérdida y se entiende como un reajuste del vínculo con la persona querida. Para ayudar a una persona a elaborar el duelo es necesario tener en cuenta los recursos con los que cuenta para enfrentarse a la pérdida.

Kübler-Ross y Kessler (2016) proponen que el duelo es un proceso de cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. De acuerdo con estos autores, la negación implica que la persona no es capaz de creer que no va a ver a esa persona nunca más. No obstante, el individuo es consciente de que su ser querido ha fallecido. Esto conlleva que la persona puede quedarse paralizada o refugiarse en la propia insensibilidad. Diversos motivos están presentes en la fase de ira. Como enfado hacia el fallecido porque no se ha cuidado o porque se siente abandonado, enfado hacia uno mismo por no haberlo visto venir o por no haberlo cuidado mejor, enfado hacia los médicos, etc. La ira surge cuando la persona está segura de que, a pesar de lo que ha sucedido, va a ser capaz de sobrevivir. La negociación juega un papel de tregua temporal. Muy anclada a querer retroceder en el tiempo y marcada por sentimientos de culpa. La fase de depresión comienza cuando la persona se centra en el presente, en lo que ha sucedido. Aparece un sentimiento de vacío y la persona piensa que esa etapa no va a acabar nunca. La aceptación consiste en aceptar la realidad, lo que no significa que la persona se sienta bien. Aprende a vivir en esa realidad, aunque no sea de su agrado. De tal forma que se readapta y es capaz de recordar, recomponerse y reorganizarse.

Por lo tanto, el duelo no solo se debe a la pérdida de un ser querido derivada de su fallecimiento. El término duelo conlleva otro tipo de pérdidas, por ejemplo, la ruptura de vínculos. Estos vínculos son imprescindibles para el desarrollo personal y cuando desaparecen el individuo experimenta un periodo marcado por gran intensidad emocional (Cabodevilla, 2007). Según este autor, para una resolución satisfactoria es necesario pasar por las cuatro etapas: aceptar la realidad de la pérdida, expresar las emociones y el dolor, adaptarse a la ausencia y recolocar emocionalmente.

El proceso del duelo en ocasiones puede cursar de manera diferente e incluso de forma patológica. Cabodevilla (2007) establece siete formas diferentes de duelo como: duelo anticipatorio, crónico, congelado, enmascarado, exagerado y ambiguo.

Caparrós et al. (2017) realizaron una revisión del Índice de Duelo Crónico para sacar conclusiones acerca de este fenómeno en el campo de los trastornos por abuso de sustancias con la finalidad aclarar si la experiencia de duelo difiere cuando la persona que pasa por ello tiene algún tipo de adicción. Se trata de un tema de especial interés puesto que existe evidencia que manifiesta que el porcentaje de duelo complicado en este grupo de población es mayor al del grupo de población general. Igualmente, es útil saberlo para progresar en el tratamiento de deshabitación. Además, en este grupo poblacional la

proporción de muertes cercanas previas al inicio del consumo suele ser mayor que la de la población general, así como la existencia de muertes prematuras. Además, se añade que la elaboración del duelo no ha concluido (Espina, 2000).

La aparición de la sintomatología es un aspecto fundamental ya que se conoce que las personas con adicciones tienen desregulado el sistema de recompensa. En general, cuando un individuo se encuentra en un proceso de duelo complicado, hay una mayor propensión a que se active el núcleo accumbens al recordar la pérdida. Puesto que las personas con trastornos por uso de sustancias tienen esta región afectada, los resultados sugieren que existe una mayor vulnerabilidad a la sintomatología de este tipo. Los autores exponen la existencia de cuatro factores: malestar, no aceptación, soledad y presencia. Los resultados revelan que una de las dificultades a las que se enfrentan las personas con adicciones es la aceptación de la realidad. De tal modo que el consumo puede servir para evitar los problemas y sentimientos que proceden de dicha aceptación, como ya se ha mencionado anteriormente en otros apartados el efecto de la sustancia puede tener una función analgésica (Caparrós et al., 2017).

## **2.2. Tipos de pérdidas**

Pangrazzi (1993) propone cinco tipos de pérdidas. En primer lugar, 1) La pérdida de la vida, tanto de la propia vida cuando la persona se enfrenta a una enfermedad terminal, como de otra persona. Es un tipo de pérdida total y definitiva. 2) La pérdida de aspectos de sí mismo, relacionada con cuestiones de salud. 3) La pérdida de objetos externos, vinculada a cuestiones materiales. Este tipo de pérdida engloba el trabajo, la casa, cuestiones económicas y demás objetos materiales. 4) La pérdida emocional, que engloba rupturas de vínculo y relaciones o la pérdida del sentido de pertenencia. En último lugar, las pérdidas ligadas al desarrollo, que son las propias del ciclo vital. Todas ellas conllevan un proceso de duelo que ha de ser resuelto.

Según Neimeyer (2007) la pérdida se puede entender de distintas maneras como: privación de algo que se tenía, fracaso en conservarlo, disminución o destrucción. Unido al sentimiento de malestar generado por la pérdida, pueden cursar otras emociones derivadas de la culpa, la incomprensión o la falta de apoyo social por personas cercanas. Esto puede provocar en algunas ocasiones secretismo y angustia ante la pérdida. Es importante destacar que las pérdidas se producen constantemente ya que la vida es un proceso dinámico donde es necesario el cambio para avanzar. Cambiar implica perder.

Cualquier cambio y, por tanto, cualquier cambio, por positivo que parezca puede suponer una pérdida que ha de ser trabajada mediante un reajuste.

Este autor plantea dos tipos de pérdidas, más allá del fallecimiento, que necesitan de una elaboración profunda. En primer lugar, la pérdida relacional, como por ejemplo una ruptura. Se trata de un proceso difícil porque la definición propia suele estar vinculada con el resto de las personas que nos rodean. Además, en caso de separaciones conyugales pueden derivarse otras pérdidas como amigos comunes o familia de la parte contraria. La segunda pérdida importante es el trabajo, que se relaciona a su vez con la pérdida de rol. El trabajo define a las personas, las dirige hacia un propósito y les proporciona confianza en sí mismos y autoestima. Por lo que puede cursar con disminución de la autoestima, sintomatología depresiva y ansiosa e ira. Algo que diferencia esta pérdida de la pérdida por fallecimiento es que no existe ningún rito que facilite la elaboración del duelo. Es más, se pretende que el individuo que pierde el trabajo lo asimile rápidamente y se motive para buscar otro.

Además, propone diez pasos prácticos de adaptación a la pérdida: 1) Tomarse en serio las pequeñas pérdidas, ya que sirve como entrenamiento para futuras pérdidas de mayor calibre; 2) Tomarse tiempo para sentir; 3) Descargar el estrés de forma constructiva; 4) Dar sentido a la pérdida; 5) Confiar en alguien; 6) Abandonar la necesidad de dirigir la forma de elaborar el duelo de otros; 7) Buscarle sentido a la pérdida mediante algún tipo de ritual significativo; 8) Encajar el cambio sin oponerse; 9) Cosechar el fruto de la pérdida; 10) y Focalizarse en las creencias religiosas propias.

### **2.3. Pérdidas al iniciar el consumo**

En primer lugar, es importante destacar que cuando se pasa del uso al abuso se produce una pérdida de identidad. Un artículo de la página Psicología y Mente plantea que esta pérdida de identidad se refiere al menoscabo en la autonomía y el autocontrol de la persona basado en el control que ejerce la sustancia sobre ella. Las actividades del día a día, así como el consumo de la droga al inicio, suelen aportar sensaciones placenteras que motivan el seguir realizando esas conductas. Con el paso del tiempo, esas sensaciones agradables se transforman en irritabilidad y necesidad de continuar a pesar de las consecuencias negativas que se puedan derivar. Todo ello puede llevar a que la persona tome consciencia de que se encuentra en una situación perjudicial y voluntariamente decida dejarlo, lo que puede tener distintos resultados: 1) que la persona se sienta frustrada porque, a pesar de sus esfuerzos, no consigue cesar el consumo, sumado a la posible

recaída que puede experimentar en consecuencia; o 2) que los periodos de no consumo incrementen el deseo y se recaiga de una manera más intensa y peligrosa. Por ello, la conducta adictiva va evolucionando desde el inicio del consumo y el fenómeno de tolerancia da lugar a que cada vez se necesiten mayores dosis para poder alcanzar el nivel de placer que se obtenía al principio. Llega un momento en el que la persona ya no es capaz de controlar su propia conducta y su identidad se difumina, puesto que sus motivaciones han cambiado (Noriega, s.f.?).

Durante el consumo de drogas se produce un deterioro de la calidad de vida de la persona, que también va acompañado de pérdida de habilidades sociales, de actividades ordinarias, y de la posición que ocupaban en su entorno (Solveig et al., 2014).

De igual manera, existen también pérdidas que aparecen cuando se pasa de la dependencia a la adicción propiamente dicha. Las pérdidas cuando la persona es dependiente son parciales, mientras que una persona con una adicción experimenta pérdidas prácticamente totales. Como ya se ha mencionado anteriormente, la adicción se manifiesta, en parte, como una pérdida de control que da lugar a problemas en el trabajo o conflictos relacionales con personas del entorno. De igual modo, también se pierden las obligaciones y actividades que antes generaban bienestar, puesto que la droga se convierte en la única motivación de la persona con adicciones (*De la dependencia a la adicción*, s.f.).

Además, entre el inicio del consumo, la dependencia y la adicción, se puede producir una pérdida personal relacionada con la propia salud de la persona que consume. Algunas de las enfermedades más comunes en personas con adicciones son las cardíacas, embolias, distintos tipos de cáncer, VIH, hepatitis, endocarditis, celulitis, enfermedades pulmonares y trastornos de salud mental. Las enfermedades infecciosas como el VIH o la hepatitis son muchas veces consecuencia de compartir material, como jeringuillas, o mantener relaciones sexuales no seguras. Las bacterias a las que pueden estar expuestos en determinados contextos pueden favorecer las enfermedades cardiovasculares infecciosas y de la piel. En su caso, los trastornos de salud mental pueden ser previos y precursores de la adicción o consecuencia de esta. En algunos casos la persona intenta paliar los síntomas psiquiátricos a través del consumo de la sustancia, lo que favorece que se cronifique o se agrave el trastorno mental existente (NIDA, 2020).

De igual manera, también existen enfermedades relacionadas con el consumo de drogas específicas. El cannabis puede producir incrementos en la frecuencia cardíaca, dañar los

pulmones y acrecentar el riesgo de padecer una psicosis. La cocaína perjudica al corazón y a los sistemas nervioso, digestivo y respiratorio. Las anfetaminas provocan problemas circulatorios y convulsiones (Aequilibrium, 2020). La heroína provoca daños en las venas y otros tejidos, infecciones cardiacas y problemas respiratorios (*Cómo afecta la adicción a la heroína a la salud*, s.f.).

A todo esto, también se suma otro riesgo indirecto, verse involucrado en un accidente de tráfico, donde se puede ocasionar también daño a otros. En este sentido, también cabe valorar la pérdida de la propia vida, bien sea de directa o indirecta. A estos efectos importante también hablar de sobredosis, puesto que puede tener un resultado fatal. La sobredosis consiste en un consumo desmesurado de una sustancia tóxica que puede tener como consecuencia síntomas muy graves o incluso la muerte. Normalmente se relaciona con el consumo excesivo de una sustancia en un intervalo muy pequeño de tiempo, por ejemplo, como consecuencia del grado de tolerancia que se desarrolla cuando se mantiene el consumo. Dependiendo de si la sustancia consumida es estimulante o depresora del SNC los efectos serán distintos, pero en ambos casos pueden aparecer síntomas muy graves y perjudiciales para la salud (*La sobredosis por drogas*, s.f.).

Con respecto al alcohol, una cantidad excesiva en sangre perjudica a aquellas regiones cerebrales encargadas de modular las funciones vitales básicas, como el sistema respiratorio o el cardiovascular. Por ello, una sobredosis etílica puede ocasionar riesgo de que el paciente se ahogue con su propio vómito, deshidratación severa, irregularidades en la frecuencia cardíaca y respiratorias, hipotermia o hipoglucemia. La sobredosis de cocaína se manifiesta a través de problemas cardiovasculares e insuficiencia renal. Respecto a la heroína, se ven afectadas las funciones respiratorias, lo que puede llegar a provocar una hipoxia con resultado de muerte. La metanfetamina provoca hipertensión arterial y otras dificultades cardiacas, problemas respiratorios e incluso colapso cardiovascular (*La sobredosis por drogas*, s.f.).

#### **2.4. Pérdidas relacionadas con el proceso de rehabilitación**

Lapunov (2008) plantea que “no existe salida de una adicción sin renuncia”. En este sentido las pérdidas y el proceso de duelo son entendidos como lo proporcionado por la sustancia que hay que abandonar cuando cesa el consumo. Si el proceso de duelo ante estas pérdidas no es completamente satisfactorio, se incrementa la probabilidad de que la persona recaiga. Los tres duelos que hay que trabajar durante ese proceso tienen que ver con la sustancia de elección, el personaje de consumo y los compañeros de consumo

(Lapunov, 2008). En primer lugar, las personas con trastornos por uso de sustancias, en la mayoría de las ocasiones, son conscientes de lo perjudicial de la sustancia, pero tienen dificultades para comprometerse con la decisión de cesar el consumo. En segundo lugar, el consumo da lugar a un ‘personaje’ que le da identidad frente a los demás. Por último, el consumo tiene lugar frecuentemente en grupos de interacción con otras personas, por lo que es necesario que la persona procese el duelo originado por dicha separación. Esta situación se encuentra muy vinculada al proceso de exclusión-inclusión en el que se ven inmersas estas personas, ya que mientras se prolonga la situación de consumo también se producen pérdidas de relación. Por este motivo uno de los objetivos para superar el tercer duelo anteriormente mencionado consistiría en suplir la pérdida de la relación con los compañeros de consumo mediante la restauración de las redes debilitadas durante el consumo, unido a la búsqueda de nuevas redes sociales para promover un nuevo sentido de pertenencia (Rodríguez y Fernández, 2014).

El equipo de Calma al Mar, centro formado por psicólogos valencianos, propone cuatro fases en el curso de rehabilitación de adicciones a sustancias. 1) La primera fase consiste en eliminar el síndrome de abstinencia y tiene una duración de unas dos semanas. Se trata de la supresión de los síntomas físicos para que se vuelva a reajustar la neuroquímica cerebral. 2) La segunda fase es la abstinencia temprana, se trata de una especie de luna de miel en la que el paciente se encuentra bien e incluso puede llegar a pensar que ya ha superado la adicción. La duración de esta etapa es de cuatro a seis semanas. 3) La tercera fase es de abstinencia prolongada donde aparecen sentimientos de tristeza y apatía. Este periodo puede durar unos tres o cuatro meses y puede implicar cambios en su forma de vida tanto a nivel personal como relacional. Es posible que se produzcan recaídas y éstas se pueden asociar al estado de ánimo negativo que prevalece en esta etapa. 4) Finalmente, la cuarta fase es de adaptación y resolución. Consiste en conservar el estilo de vida que ha ido adquiriendo, así como reconocer que se trata de un proceso continuo que va a tener presente el resto de su vida (Cárcel, 2015).

Además, un artículo del Hospital San Diego explica algunas recomendaciones para la rehabilitación del abuso de sustancias como: 1) Informar a allegados la decisión de cesar el consumo. Esto implica que si el consumo es el lazo que une a ese grupo de amigos será necesario involucrarse en nuevos círculos. 2) Solicitar apoyo a personas cercanas como familiares y amigos. Se trata de no enfrentar el problema por uno mismo y recurrir a los seres queridos cuando se atraviesa un momento complicado. 3) Evitar acudir a lugares

donde es seguro que habrá drogas o alcohol. Es decir, valorar el riesgo que supone cada situación en función de la presencia o no de drogas para prevenir recaídas. Con el paso del tiempo la persona puede ir adquiriendo habilidades para enfrentarse a situaciones de alto riesgo. 4) Elaborar planes de acción ante posibles situaciones en las que haya alcohol o drogas. Por ejemplo, buscar la forma de solicitar ayuda a personas cercanas si en un momento determinado el individuo acaba en una situación así. 5) Tener siempre en cuenta que padecer una adicción no es sinónimo de ser débil o mala persona (Van Vranken, 2007).

A estas pérdidas se suman una serie de obstáculos que dificultan la reinserción social de la persona tras su paso por rehabilitación. No solo es necesario tratar la adicción, sino que las pérdidas que se producen durante el consumo han de ser atendidas, como la situación de exclusión en la que pueden verse envueltos tras perder la posición que ocupaban en su entorno. En consecuencia, es necesario reconstruir el vínculo con la sociedad a través de la ruptura de lazos con personas que ven el consumo como algo cotidiano y normalizado. El establecimiento de una red social con personas en su misma situación es una de las repercusiones derivadas de la exclusión a la que se enfrentan mientras el consumo está presente en sus vidas. Además, la pérdida de habilidades sociales fruto del consumo prolongado complica la creación de nuevas redes y obstaculiza el proceso de reinserción. Es tan importante contar con una red social de apoyo porque se trata de un proceso complicado, por lo que esas personas pueden servir de sostén ante una posible recaída fruto de la presión del día a día (Solveig et al., 2014).

## **2.5. La historia de Martín**

La historia de Martín (nombre ficticio) es una crónica real que muestra que es posible superar una adicción. Empezando el relato por el principio, su inicio en el mundo de las drogas, se pueden apreciar las pérdidas que este comienzo temprano le acarreó, como deterioro de relaciones familiares y de amistad, problemas de salud e incluso pérdida de su libertad. De igual manera es útil para destacar sus factores de riesgo y protección particulares (Adictalia, 2020).

El protagonista cuenta que su situación personal previa al inicio del consumo era complicada, había abandonado la casa de su padre, era perseguido por el Grupo de Menores de la policía, vivía en una chabola y acabó viviendo con su abuelo paterno. Huía de su padre, una persona con problemas de alcoholismo que recurría al maltrato físico y psicológico, y que había cumplido condena en prisión tras asesinar a la madre de Martín.

Empezó consumiendo hachís, y posteriormente probó otras drogas como pegamentos, cocaína o alucinógenos. Finalmente terminó convirtiéndose en adicto a la heroína.

Narra que se dio cuenta de que tenía una adicción tras experimentar su primer síndrome de abstinencia, lo que le llevó a engañar y delinquir para costearse el consumo.

Sus relaciones familiares se deterioraban y refiere que convivir con una persona adicta es complicado a nivel familiar porque existe una sensación de que de un momento a otro pueden recibir una llamada para informales de que ha sido detenido o ha fallecido. A eso se le une la pérdida de lo que él considera ‘amistades sanas’.

Cuenta una anécdota que le hizo sentir vergüenza, tras una sobredosis fue trasladado a urgencias y cuando despertó vio que lo estaba tratando una amiga de la infancia, también relata que se arrepiente de mentir, robar, estafar y traficar para costearse la droga.

Para Martín lo imprescindible para superar una adicción es tomar consciencia de la situación y decidir voluntariamente que se quiere acabar con ello, así como solicitar ayuda terapéutica para hacer frente a esas emociones que la persona usualmente enfrenta bajo los efectos de la sustancia. Refiere que su forma de encontrar la vía de salida fue darse cuenta de que había perdido quince años de su vida en prisión por delitos que la droga le había llevado a cometer. Y añade que para él continuar con el consumo tiene como caminos finales: cárcel, enfermedad o muerte. A partir de esa reflexión comenzó a replantearse su vida y decidió pedir ayuda, lo que él considera fundamental. De tal modo que acude a profesionales siempre que existen pensamientos negativos que puedan suponer un problema mayor. Martín afirma que lleva casi doce años libre de drogas, que tiene aficiones y hobbies y que su rehabilitación le permitió encontrar trabajo y comprar una casa fruto de su esfuerzo.

#### **4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La finalidad de esta revisión de la literatura es dar respuesta a los objetivos planteados.

El primer objetivo es el análisis de distintos perfiles y situaciones que pueden desencadenar un consumo de drogas. Al tratarse de una cuestión biopsicosocial son varios los aspectos que interfieren en el desarrollo de una adicción.

Cabe destacar el papel que ocupan los aspectos personales que pueden ser de utilidad para elaborar un perfil de propensión al consumo. La literatura coincide en que existen factores

biológicos, de personalidad y otros de carácter intrapersonal. En primer lugar, hay evidencias de la existencia de una vulnerabilidad biológica en la que factores como el sexo o la edad tienen especial importancia. El perfil biológico con mayor tendencia a iniciarse en el consumo de sustancias adictivas está compuesto por varones de entre 15 y 34 años. En segundo lugar, es importante la dimensión psicológica, puesto que la presencia de otros trastornos psiquiátricos o rasgos de personalidad narcisista aumentan la predisposición. También es el caso de personas bidependientes, que aparte de desarrollar adicción a una sustancia desarrollan adicciones también hacia otras personas. Finalmente, existen otros aspectos psicológicos intrapersonales como dificultad de control emocional, impulsividad y escasas habilidades sociales. Un proceso de duelo puede ser una situación crítica para estas personas que muestran vulnerabilidades por distintos motivos; 1) El trastorno psiquiátrico que más aumenta el riesgo de consumo es el del estado de ánimo, por lo que parece coherente pensar que un individuo que padece este tipo de trastorno ante una situación difícil, como es una pérdida, aumente su consumo de sustancias o perpetúe la conducta adictiva; 2) Las personas con rasgos de personalidad narcisista son vulnerables a las situaciones de impotencia e indefensión, de manera que en momentos de debilidad su propensión es más evidente; 3) Es relativamente fácil que una persona en una situación de duelo se pueda sentir sobrepasada, por ese motivo alguien con dificultad para manejar las emociones puede recurrir a las drogas como forma de calmar su malestar; 4) Finalmente, la dificultad de control de impulsos radica en la dificultad para resistir a la tentación, sin tener en cuenta las consecuencias negativas que la acción puede tener. Actuar sin valorar los resultados dificulta oponerse al deseo de consumo de la sustancia.

A este perfil más personal se pueden añadir cuestiones sociales como el ambiente de desarrollo del individuo. Éste puede ser analizado a través de tres niveles: 1) La sociedad en sí misma y la posición del sujeto con respecto a ella (dimensión macrosocial); 2) El entorno relacional más inmediato (micromedio); 3) y de nuevo la dimensión individual. El primer nivel se relaciona aspectos culturales que marcan los valores y actitudes de los individuos que se encuentran inmersos en ella. Por lo tanto, será un contexto más propenso aquel en el que existan tensiones, poco riesgo percibido y mayor accesibilidad a sustancias estupefacientes. El segundo nivel se relaciona con el grupo familiar, en el que estarán más predispuestos aquellos sujetos inmersos en un clima complicado, con ausencia de progenitores y consumo de sustancias o trastornos psiquiátricos. También se

vincula al grupo de iguales, en entornos con menor percepción del consumo como algo negativo y en los que la cohesión ejerza un papel importante en la influencia que unos tienen sobre otros habrá más riesgo de consumo. Por último, a nivel individual es importante determinar la capacidad que tiene la persona para resistir a esa influencia grupal, puesto que a menor capacidad de oponerse a lo que otros imponen, mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas.

El segundo objetivo es la revisión de los factores de riesgo y de protección frente al consumo. Los factores de riesgo sirven también para enmarcar el contexto en el que un individuo es más propenso a comenzar a consumir o persistir con la adicción.

Los factores de riesgo familiares incluyen: 1) Apego no seguro con la figura de referencia; 2) Un clima familiar conflictivo; 3) Patrones de crianza autoritarios o negligentes; 4) Consumo por parte de los progenitores; 5) Ausencia de uno de los progenitores; y 6) Presencia psicopatología en miembros importantes de la familia, como los padres. Todo esto puede servir de precedente para los factores de riesgo individuales, que son: 1) Personalidad narcisista o dependiente, se conoce que el apego inseguro puede tener influencia en el desarrollo de la personalidad; 2) Problemas para manejar las emociones y la ansiedad, el apego no seguro también puede influir en este aspecto; 3) Vulnerabilidad biológica; 4) Trastornos psiquiátricos; 5) Impulsividad; 6) Búsqueda de sensaciones; y 7) Baja asertividad para resistir a la presión grupal.

Por otro lado, los factores de riesgo comunitarios son: 1) Valores, creencias y estilo de vida; 2) Percepción del riesgo que supone consumir; 3) Modelado o aprendizaje social; 4) Barrios marginales; 5) Aculturación; 6) Estrés social; 7) Accesibilidad de la sustancia; y 8) Falta de oportunidades y frustración.

En el caso de Martín su historia previa al consumo contiene factores de riesgo. En primer lugar, respecto a los factores familiares. Los factores familiares son esenciales porque la familia es el primer núcleo de interacción donde una persona se desarrolla. Algunos de los riesgos que se pueden derivar de esta relación se van a convertir posteriormente en factores de riesgo individuales. Cuestiones como la personalidad o el manejo de situaciones y emociones tendrán un papel importante a la hora de enfrentarse a la adicción. En su caso, proviene de un clima familiar conflictivo con un padre alcohólico, lo que podría implicar uno de los patrones de crianza que suponen un riesgo. Además de la ausencia de la madre, la cual fue asesinada por su padre.

Con respecto a los factores personales, él refiere que tiene problemas para manejarse emocionalmente y que busca una vía de salida, lo que puede encajar con el hecho de que las drogas pueden ser consumidas con la finalidad de que actúen como analgésico para evadir los problemas personales o familiares. Puede que también tenga cierta tendencia a la búsqueda de sensaciones porque menciona que en algunas ocasiones ha consumido drogas de manera recreativa en fiestas. Además, comenzó a consumir a los 13 o 14 años, y hay evidencia de que existe una vulnerabilidad biológica en varones de entre 15 y 34 años. La adolescencia es considerada una de las etapas de mayor riesgo para iniciarse en el consumo de sustancias. El National Institute on Drug Abuse precisa que la adolescencia temprana es una de las principales etapas del ciclo vital en las que existe un especial riesgo para iniciarse en el consumo. Propone que el inicio prematuro se da a los 12 o 13 años, siendo la sustancia ilegal más consumida la marihuana, y poco a poco se van incorporando otro tipo de drogas. Esto queda muy bien reflejado en la historia de Martín, puesto que comenzó consumiendo hachís de manera temprana y fue probando otras drogas hasta que se volvió adicto a la heroína. Por otro lado, hay autores que hablan de un “perfil toxicofílico” en la adolescencia que se sustenta en la necesidad de gratificación a corto plazo y la búsqueda de sensaciones placenteras propia de la inmadurez del cerebro en esta fase del ciclo vital. Además, hay otras cuestiones biológicas que fundamentan esto, puesto que en la adolescencia la expresión de los receptores CB1 y CB2 es menor, y esto está relacionado de igual manera con la impulsividad y la propensión al consumo. Asimismo, no tenemos toda la información relacionada con el grupo de pares de Martín, pero puede surgir la hipótesis de que la influencia del grupo de pares fuera mayor debido a que sus vínculos familiares no parecen ser muy estables (NIDA, 2020).

A todo esto, se suman los factores de riesgo comunitarios derivados de vivir en un barrio posiblemente problemático, ya que él mismo menciona que vivía en una chabola y era perseguido por la GRUME cuando se escapaba de casa.

El tercer objetivo es el estudio de las pérdidas relacionadas con el consumo, al inicio, durante el transcurso y durante el proceso de rehabilitación. Una pérdida puede desencadenar el inicio del consumo o una recaída. En estos casos el abuso de drogas se utilizaría como forma de paliar el dolor del duelo o de evitar los problemas y sentimientos que se derivan de aceptar dicha pérdida. Además, ante la defunción de un padre o una madre pueden aparecer conductas transgresoras, entre las que se incluye el abuso de sustancias, sobre todo en el caso de hombres.

En el caso de Martín, no tenemos datos para afirmarlo, pero ese podría ser uno de los detonantes, ya que sufrió la pérdida de su madre en su infancia, unida a la experiencia traumática de que fuera su padre quien acabó con su vida.

Además, la literatura ha estudiado los procesos de duelo complicado en personas con trastorno por uso de sustancias (TUS) y ha llegado a la conclusión de que el porcentaje de este grupo es superior al de la población general. Incluso el porcentaje de muertes en el entorno, anteriores al inicio del consumo, es mayor, por lo que cabe barajar la hipótesis de que ese duelo no ha concluido. También es importante destacar que los procesos de duelo para personas con adicciones pueden ser más complicados debido a que su sistema de motivación y recompensa está afectado, y es el núcleo accumbens la región del cerebro que se activa al recordar el fallecimiento.

La historia de Martín también sirve para ilustrar los tipos de pérdidas que puede sufrir una persona que se inicia en el consumo. En su caso, perdió su identidad al encontrarse bajo el control ejercido por la droga, lo que le llevó a cometer delitos, con la consiguiente consecuencia de perder la libertad al entrar en prisión. Su adicción también condujo al desgaste de las relaciones familiares, debido al miedo que genera saber que la persona puede morir prematuramente o puede acabar en prisión. También la pérdida de amistades previas, que puede relacionarse con el proceso de inclusión-exclusión al que se ven arrastradas estas personas mientras continúan consumiendo (Rodríguez y Fernández, 2014). Relacionado con los tipos de pérdidas que propone Pangrazzi (1993) la pérdida de identidad se relaciona con la pérdida de aspectos de sí mismo, como la salud. La adicción en sí misma se considera una enfermedad, pero existen otras enfermedades que pueden aparecer a causa del consumo. Asimismo, existe una pérdida emocional vinculada al deterioro de las relaciones significativas. Para este autor estas pérdidas desembocan en un proceso de duelo que ha de ser resuelto.

Un aspecto de uno mismo que se puede perder al inicio o durante el consumo es el autocontrol. La pérdida de control puede propiciar en la persona con adicciones sentimientos de culpa y vergüenza. Martín, en su caso, refleja estos dos sentimientos. El primero, unido a la comisión de delitos y las mentiras que utilizaba en su día a día para pagar la droga, que origina arrepentimiento ya que conoce que era algo que no estaba bien. El segundo, vinculado a percibirse poco capaz para controlar su situación y acabar en urgencias por una sobredosis.

También hay que tener en cuenta que al dar el salto del uso de sustancias al abuso la persona pierde la capacidad de alternar entre distintos patrones de consumo, quedando estancado en el consumo compulsivo.

Por otro lado, durante el transcurso de la adicción también pueden aparecer otras pérdidas relacionadas con aspectos de sí mismo. Martín se refiere a ellas como los tres caminos finales si no se cesa el consumo a tiempo. La cárcel, la muerte o la enfermedad. La cárcel, como ya se ha mencionado anteriormente implica la pérdida de la libertad deambulatoria, siendo uno de los derechos fundamentales plasmados en la Constitución Española que solo puede ser limitada en determinados supuestos, como es el caso de la comisión de un delito. Por otro lado, se puede vivir como pérdida el menoscabo de la salud de la persona o la muerte. El consumo de drogas supone un riesgo para la salud que puede tener en ocasiones un desenlace fatal. Se pueden derivar perjuicios de manera directa o indirecta, hay enfermedades que son directamente causadas los principios tóxicos de la sustancia o la vía de administración. Generalmente afectan a funciones vitales del organismo, como el sistema circulatorio o el respiratorio, y pueden derivar en trastornos mentales o agravar los ya existentes. A eso se suma el riesgo de sobredosis, consistente en consumir una elevada dosis de sustancia en un periodo corto de tiempo, imposibilitando que el cuerpo sea capaz de asimilar tal cantidad. De manera indirecta se pueden contraer enfermedades infecciosas, como el VIH y la hepatitis, bacterias que causen otro tipo de infecciones y la persona se puede ver involucrada en accidentes de tráfico o peleas. Por lo que todas estas pérdidas de salud podrían desembocar en una actual pérdida de la vida.

Finalmente, no solo las pérdidas las vive la persona que padece una adicción. En relación a esto, García (2012) propone que el fallecimiento de un joven provoca a los familiares sentimientos intensos de ansiedad, que pueden ir acompañados de culpabilidad cuando la muerte se relaciona con cuestiones como el consumo de drogas, puesto que queda pendiente la tarea relacionada con el perdón.

Por otro lado, de acuerdo con lo propuesto por Lapunov (2008) hay tres tipos de pérdidas que hay que trabajar al cesar el consumo relacionadas con la sustancia elegida, el personaje y los compañeros. En el caso de Martín, la sustancia elegida tenía la finalidad recreativa, pero también de evadirse. Él mismo relata que huía de un infierno y acabó metiéndose en otro, ya que no contaba ni con la inteligencia ni con la ayuda suficientes para manejar su malestar de otra manera. El personaje de consumo sería la identidad que da a los demás, aunque no hace alusión a esto ni a los compañeros de consumo.

Todo lo anterior encaja con los obstáculos que han de superarse para favorecer la reinserción social de la persona tras su proceso de rehabilitación. Es necesario perder los vínculos con las amistades “poco sanas” que forman parte del círculo social durante la época de consumo para poder restablecer el vínculo con la realidad y superar la situación de exclusión en la que estas se ven inmersos. Martín afirma que para él lo importante a la hora de superar la adicción es ser consciente, decidirlo voluntariamente y solicitar ayuda. Por ello el vínculo social mencionado, el estilo de vida y la cultura de consumo son de vital importancia para ayudar a la persona a salir y evitar posibles recaídas.

También hay que tener en cuenta la parte biológica de la adicción, puesto que la exposición crónica a una sustancia contribuye a que se pase del uso a la dependencia de la sustancia. Además, el consumo reiterado produce modificaciones en los circuitos cerebrales que persisten tras el proceso de deshabituación, lo que fomenta los intensos deseos de consumo y las posibles recaídas. Esto se debe a que durante la abstinencia disminuye la liberación de dopamina, lo que favorece la aparición del craving.

En definitiva, para trabajar los distintos tipos de pérdidas que puede aparecer en las distintas fases de la adicción es necesario reconstruir activamente los significados que adquiere cada una. Proveer a la persona de recursos para enfrentarse a esta reestructuración es fundamental, puesto que una pérdida mal elaborada actúa como un potencial riesgo ante una futura recaída.

Es imprescindible conocer que cualquier cambio en la vida de una persona, por positivo de parezca, conlleva pérdidas. Esto también se aplica en el caso de adicciones, hay que saber renunciar a ciertas cosas para poder superarlas, por lo que todas las pérdidas que se viven han tener su proceso de duelo y una resolución satisfactoria para reintegrar a la persona. Una cuestión fundamental es que es normal que en este proceso se den pérdidas emocionales provocadas por la ruptura de vínculos ya que los lazos de unión son fundamentales para el desarrollo personal. Por lo que hay que tener en cuenta que, si el duelo no está bien elaborado, existe una mayor probabilidad de recaída.

En conclusión, duelo y adicciones son dos variables que tienen una estrecha vinculación. La influencia que ejercen la una sobre la otra es mutua, por lo que se retroalimentan continuamente. Muchos de los factores de riesgo asociados con el inicio del consumo, el abuso y las recaídas están mediados por procesos de duelo previos sin resolver, mientras que las pérdidas que van sucediendo durante este proceso de consumo pueden fomentar

la continuación de esta situación. De igual manera es necesario perder para poder superar la adicción, y es imprescindible que se haya trabajado bien ese duelo para evitar recaídas.

## 5. REFERENCIAS

### Literatura

- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5th ed.). Editorial Medica Panamericana S.A.
- Asamblea Mundial de la Salud, 47. (1994). 47a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 2-12 de mayo de 1994, resoluciones y decisiones, anexos. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203635>
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Llorente, J. M., López, A., Madoz, A., Martínez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., & Villanueva, V. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. In *Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Socidrogalcohol*. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Becoña, E. & Vázquez, F. (2001). Consumo problemático de sustancias. En V. Caballo (Dir.), *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Siglo XXI.
- Bowlby, J. (1997). *El vínculo afectivo*. España: Paidós.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163–176.
- Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. *Comunidad y drogas* (1 ed., Vol. 1, pp. 45–59). Ministerio de sanidad y consumo.
- Caparrós, B., Garre-Olmo, J., & Masferrer, L. (2017). Estructura factorial y validez de constructo concurrente del IDC entre usuarios de drogas en duelo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(2), 47–55. [laura.masferrer@ias.scs.es](mailto:laura.masferrer@ias.scs.es)
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. Citado en Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Llorente, J. M., López, A., Madoz, A., Martínez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., & Villanueva, V. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. In *Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Socidrogalcohol*. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Coleman, S. B., Kaplan, J. D., & Downing, R. W. (1986). Life Cycle and Loss. The Spiritual Vacuum of Heroin Addiction. *Family Process*, 25(1), 5–23. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00005.x>
- Cortés Morelos, J., Méndez-Díaz, M., Próspero-García, Ó., Ruiz-Contreras, A., & Romero Torres, B. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 60(1), 6–16.
- Díaz Fernández, O., & Sanabria Carretero, M. (1994). El fenómeno de la muerte en el campo de la toxicomanía. In *Revista española de drogodependencias* (Issue 3, pp. 235–244).
- Dodes, L. M. (1990). Addiction, helplessness, and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Quarterly*, 59(3), 398–419. <https://doi.org/10.1080/21674086.1990.11927278>

- Domínguez Alquicira, M. (2008). *El trabajo tanatológico en el campo de las adicciones (Reflexiones en torno al programa de los Doce Pasos y su incidencia en la elaboración del proceso de duelo) I Mario Alberto Domínguez Alquicira 2.*
- Espina, A. (2000). Alexitimia y Duelo Crónico. ¿Factores de riesgo del consumo de drogas? *Clínica y Análisis Grupal*, 22(1), 115–130.
- Fernández-Montalvo, J., & López Goñi, J. J. (2010). *Adicciones sin drogas: características y vías de intervención* (pp. 1–21).
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. In *Www.Philosophia.Cl* (pp. 2–13).
- García, A. (2012). La pérdida y el duelo. Una experiencia compartida. In *Bubok Publishing S.L.*
- Garciandía Imaz, J. A., & Rozo Reyes, C. (2019). Dolor crónico y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 182–191.
- González Guerras, J. (2008). Psicoanálisis y Toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1(4), 146–164.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2016). *Sobre el duelo y el do*. Luciérnaga. <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
- Lapunov, D. (2008). Tres duelos en la adicción. *Revista Del Instituto de Psicología Clínica de La Facultad de La Udelar (Uruguay)*, 4(10).
- Lisset Mendoza, Y., & Vargas Peña, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139–166.
- Marquina Volcanes, M., Oviedo Soto, S., & Parra Falcón, F. (2009). La muerte y el duelo. *Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería*, 15, 1–9. <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.1.50381>
- Mora Mínguez, F., Dolengevich Segal, H., & Quintero, J. (2015). Protocolo de tratamiento de las adicciones sin sustancia psicoactiva. *Medicine (Spain)*, 11(86), 5157–5160. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.006>
- Moral, M. de la V., Paradelo, A., & Sirvent, C. (2018). Bidependencia, percepción del riesgo de abandono y adherencia al tratamiento en drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(1), 29–47.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), 419–427. <https://doi.org/10.1037/h0058775>
- Pangrazzi A. (1993). *La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida*. Paulinas: Madrid.
- Solveig, E., Rodríguez, K., & Fernández Cáceres, C. (2014). Inserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)*, 6(2), 57–78.
- Villanueva, M. *Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación*. Citado en: F. León y R. Castro de la Mata (Eds.). *Pasta Básica de Cocaína. Un estudio multidisciplinario*. Lima CEDRO.: 167-209. 1989.

## Páginas web

- Adictalia (22 de septiembre de 2020). Salir de las drogas: “Encontré la salida cuando toqué fondo, tras perder 15 años de mi vida entre rejas”. <https://www.adictalia.es/noticias/salir-de-las->

drogas-la-historia-de-martin/

- Aequilibrium (24 de julio de 2020). *Consecuencias en la salud de las adicciones*. <https://residenciaequilibrium.es/consecuencias-en-la-salud-de-las-adicciones/>
- Cárcel, E. (1 de septiembre de 2015). *Las 4 fases del proceso de recuperación de las adicciones a sustancias*. <https://www.miconsulta.es/las-4-fases-del-proceso-de-recuperacion-de-las-adicciones-a-sustancias/>
- CCAdicciones (s.f.). *Cómo afecta la adicción a la heroína a la salud*. <http://www.ccadicciones.es/como-afecta-la-adiccion-a-la-heroina-a-la-salud/>
- CCAdicciones (s.f.). *De la dependencia a la adicción*. <http://www.ccadicciones.es/de-la-dependencia-a-la-adiccion/#:~:text=En%20una%20adicci%C3%B3n%20la%20%C3%A9nica,sustancia%20y%20sobre%20su%20vida>
- CCAdicciones (s.f.). *La sobredosis por drogas*. <http://www.ccadicciones.es/la-sobredosis-por-drogas/#:~:text=Podr%C3%ADamos%20definir%20el%20t%C3%A9rmino%20sobredosis,puede%20venir%20por%20varios%20factores>.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (19 de enero de 2018). *¿Qué es la adicción?*. <https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion>
- NIDA (25 de mayo de 2020). *¿Cuáles son los períodos de mayor riesgo para el abuso de drogas en la juventud?*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-pe>
- NIDA (2 de septiembre de 2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>
- Noriega (2020). *La pérdida de identidad a través de las adicciones*. <https://psicologiaymente.com/drogas/perdida-de-identidad-adicciones>
- Van Vranken (noviembre de 2007). *Cómo enfrentar una adicción*. <https://www.rchsd.org/health-articles/cmo-enfrentar-una-adiccin/>