

**Paradigma de reducción de daño: alternativa en el abordaje de Trastorno por  
Uso de Sustancias psicoactivas (TUS)<sup>1</sup>**

**Harm reduction paradigm: alternative in the approach to Psychoactive  
Substance Use Disorder (TUS)**

Damián Leandro Zapata Bermúdez<sup>2</sup>

Jorge Hernán Jaramillo Acevedo<sup>3</sup>

**Resumen**

En este artículo se realiza una reflexión sobre el desarrollo del pensamiento académico en relación con la adicción y los problemas asociados al consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y cómo encaja el paradigma de reducción de daños en las nuevas formas de concepción de la adicción. Las ideas tradicionales se contrastarán con las nuevas acepciones, las cuales surgieron durante el siglo XX. Finalmente, el lector encontrará una breve discusión del contexto social e histórico en el que el paradigma de reducción de daños se convirtió en una forma aceptable e inteligible para definir los problemas relacionados con los trastornos asociados al uso de Sustancias Psicoactivas (SPA).

**Palabras claves:** Reducción de daños, Adicción, Tratamiento, Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).

---

1 Artículo reflexivo para la obtención del título de Especialista en intervenciones psicosociales para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

2 Psicólogo. Universidad Antonio Nariño. Estudiante de la especialización intervenciones psicosociales para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Universidad Católica de Pereira.  
[damzapata@hotmail.com](mailto:damzapata@hotmail.com)

3 Asesor, Especialista en adicciones de la Universidad Católica Luis Amigó. Psicólogo.  
[jorge.jaramillo@ucp.edu.co](mailto:jorge.jaramillo@ucp.edu.co)

## **Abstract**

This article will reflect on the development of academic thinking about addiction and the problems associated with the consumption of psychoactive substances and how to fit the paradigm of harm reduction in their treatment. The traditional colonial ideas are contrasted with the new conceptions that emerged in the 20th century. Finally, we will have a brief discussion of the social and historical context in the paradigm of harm reduction, as well as in an acceptable and intelligible way of defining the problems related to the disorders associated with the use of psychoactive substances.

**Keywords:** Harm reduction, Addiction, Treatment, Disorder due to Substance Use.

## **Introducción**

En el presente trabajo se reflexiona sobre un paradigma en el campo de Trastorno por Uso de Sustancias psicoactivas (TUS): el paradigma de reducción de daños. Dicho paradigma se desarrolla frente al quehacer en el campo psicológico desde un cambio de construcciones teóricas. Y todo cambio no es ajeno a un contexto social, cultural o tecnológico. Por ello, se realizará un recorrido histórico que presente los diferentes cambios que se han dado en torno al tema de uso, abuso y dependencia de las sustancias, su concepción, su tratamiento, y cómo se llegó al paradigma de reducción de daños.

Es necesario comprender que estos cambios no se dan de manera lineal, sino que, son un conjunto de diferentes discusiones que aún perduran. Esto es así porque, como lo plantean Bur (2003), "...Aquello que estudia una ciencia, su "objeto de estudio", es siempre un objeto teórico, un objeto conceptual construido en un lugar y un tiempo" (p. 5). Por lo tanto, en este recorrido se vislumbrarán distintas construcciones teóricas que intentaron, y aún intentan, responder desde distintos enfoques acerca del fenómeno de consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), en las que se ubica el paradigma de reducción de daños y cómo puede beneficiar a las personas que viven dicho fenómeno.

**Desarrollo histórico: de la moralidad y la falta de voluntad a los derechos humanos en el tratamiento de Trastorno por Uso de Sustancias psicoactivas (TUS)**

## Tratamiento manicomial y moral

En este recorrido histórico es importante comprender cuál era la concepción que se tenía de las personas con problemas relacionados con el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en el mundo y su manera de tratarlo. Para Levine (1978), el modelo de alcoholismo fue la matriz a través de la cual se pensó la adicción en términos generales. De acuerdo con el autor, el primero en describir dicho problema fue Benjamin Rush, a fines de siglo XVIII, con su obra *Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind*. Para Rush, referenciado por Levine (1978), “El alcoholismo sería una “enfermedad de la voluntad”, cuya causa son las bebidas espirituosas, y cuya única cura es la abstinencia total” (p. 8). Esta última aseveración, “única cura es la abstinencia total”, promueve por décadas el encierro y el tratamiento moral y custodial. Desde la perspectiva de Foucault (1967), “Las “conductas desviadas” han sido vinculadas históricamente con alguna forma de incorrección moral, legal o social y la internación, la coerción y el confinamiento fueron vistos como formas de corrección social” (p. 86). Por consiguiente, tiene sentido que para esa época, el abuso y la dependencia a una Sustancia Psicoactiva (SPA), tuviera como tratamiento el confinamiento, pero, ¿ puede servir en la actualidad esta forma de tratamiento y bajo qué características?

En el trabajo de Tatarsky (2002), también se presenta un panorama de aquellos inicios:

Desde mediados del siglo XVIII las raíces ideológicas de los primeros programas de atención para personas con problemas de consumo de drogas y alcohol, dan cuenta de la superioridad moral que se cobija tras la propuesta terapéutica naciente, la que promueve una visión de defectuosa humanidad, inmoralidad y anormalidad de aquellos que en el consumo de alcohol y drogas eran considerados como inservibles para el mundo. Así este hombre de

voluntad defectuosa, es visto como espacio de intervención, como objeto de recuperación y de rigurosa enseñanza de disciplina en pos de la salvación. Se le considera como depositario de algo deplorable o reprochable que requiere de intervención (p. 43).

La manera de conceptualizar el fenómeno influyó claramente en los tratamientos de aquella época. Pascal (2014) plantea que, para finales del siglo XIX, había un esquema terapéutico cuyos focos de trabajo eran la abstinencia total más un tratamiento moral: “el único remedio contra la copa embriagadora era un cambio de corazón y cuerpo y una cuidadosa atención en el régimen, evitando las tentaciones” (p. 16). El paciente ingresaba a una institución de templanza, caracterizada por la dominación y la autoridad, negándosele bebidas alcohólicas a los pacientes (Pascal, 2012).

Si bien para inicios del siglo XX, aún se tenía presente el tratamiento moral, progresivamente esta concepción se va desarrollando en diversos escenarios, y va tomando una forma diferente, que a su vez permite una nueva concepción del fenómeno.

### **El concepto de enfermedad**

La perspectiva moral en el tratamiento del abuso del alcohol, que inculpa al carácter inmoral y desviado de la persona, poco a poco es transformado por un nuevo paradigma: el concepto de la adicción como enfermedad (Jellinek, 1961; Levine, 1978; Alexander, 1987)

De acuerdo con Levine (1978), en América del Norte, el modelo de enfermedad de la adicción se aplicó por primera vez al consumo de alcohol, lo que antes era una práctica muy normal. Zinberg (1984), en su obra *Drug, Set, and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use*, demuestra cómo, antes del siglo XIX, el consumo excesivo de alcohol era común y ampliamente aceptado por hombres, mujeres y niños en América. “Hubo convenciones y costumbres para reducir los excesos dañinos, pero muy pocas personas consideraron la embriaguez habitual como un gran mal o una enfermedad adictiva” (Levine, 1978, p. 110). Sin embargo, la revolución en el pensamiento ocurrió entre 1780 y 1830. El movimiento de la temperancia popularizó un nuevo concepto de ebriedad, mal/enfermedad. Según lo formulado por Rush, quien es citado por Levine (1978), sus principios eran:

...Los licores destilados eran físicamente tóxicos, moralmente destructivos y adictivos. Los bebedores regulares... corrían el grave riesgo de muchas enfermedades... también tendían a involucrarse en muchas formas de comportamiento antisocial, inmoral y criminal. Además, los bebedores regulares se vuelven "adictos" al alcohol... en el sentido contemporáneo completo del término: aquellos adictos con deseos incontrolables, abrumadores e irresistibles de adictos a la bebida... Finalmente, Rush llamó a esta condición una "enfermedad" y la recomendó La abstinencia total como único remedio para el individuo adicto (p. 110).

Si bien, para esa época, los planteamientos de Rush suscitaban un mal en el espíritu y la moralidad; lo cierto es que sienta las bases para empezar a entender el problema como algo que va más allá de lo moral y, a partir de allí, hubo más descripciones y términos asociados al alcoholismo y la adicción. Por ejemplo, Apud y Romaní (2016) realizan una recopilación de diferentes autores y sus teorías, las cuales se relacionan a continuación:

Thomas Trotter y su modelo médico del alcoholismo como enfermedad, Carl von Bruhl-Cramer y la “dipsomanía”, Esquirol y su inclusión dentro de las

“monomanías”, Magnus Huss y el “alcoholismus chronicus”, Edward Levinstein y la adicción a la morfina, Norman Kerr y la “narcomanía”, Legrain & Morel y el alcoholismo como una enfermedad hereditaria degenerativa, Emil Kraepelin y la progresiva inclusión en sus manuales de nuevas entidades nosológicas como “alcoholismo”, “morfinismo”, “cocainismo”, e “intoxicación crónica” (p. 117).

Pese a que se estaba trabajando en diferentes conceptos, lo verdadero es que se entendió la adicción como una enfermedad. Sin embargo, aún no se tenía una explicación clara acerca su naturaleza. Es, con el avance del siglo XX, que comienzan a gestarse modelos neurobiológicos que intentan explicar, en términos causales, la adicción como una enfermedad cerebral (Apud & Romani, 2016). En un principio, a través de modelos experimentales con animales de laboratorio, con variables vinculadas al ambiente, la dieta y el tratamiento podían ser controladas (Planeta, 2013). Pero la consolidación de este modelo comenzó en las décadas de los 70 y los 80, con el descubrimiento de los receptores opioides (Koob y Simon, 2009). La aparición de las técnicas de neuroimagen (Guardia, 2000; Llanero y Pedrero, 2014), y el descubrimiento de que la alteración en el funcionamiento de la dopamina y el glutamato en otras regiones cerebrales afectan la capacidad de autorregulación, la toma de decisiones, la flexibilidad en la selección e inicio de la acción y la supervisión del error, influyendo en la capacidad para la decisión de mantenerse abstinentes (Volkow, Koob, y McLellan, 2016).

Es esta visión, la que permite que en los últimos años se haya ido consolidando la idea de la adicción como una “enfermedad cerebral”, planteado así en la última actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta versión (DSM-5), adicionalmente, la abstinencia total es el objetivo último del tratamiento (Zarza, y otros, 2010). Sin embargo, es necesario comprender otros marcos

de referencia, que permitan una mirada integral del fenómeno de Uso de Sustancias Psicoactivas.

### **La teoría de auto-medicación**

La hipótesis de la automedicación, que propone que las personas con adicción utilizan su fármaco de elección para aliviar los síntomas de un trastorno o afección subyacente (como el estrés que se puede derivar en trastornos mentales como ansiedad o depresión), proporciona un nuevo modelo conceptual, útil para guiar el tratamiento. El problema, a menudo desconcertante de la recaída, también es claramente comprensible cuando se ve desde la perspectiva de la hipótesis de la automedicación.

A Khantzian (1985) y a Duncan (1977), generalmente, se les atribuye ser los creadores de la hipótesis de la automedicación; aunque dichas hipótesis son las versiones más desarrolladas, existen precedentes a esta idea. Tanto Fenichel (1945), como Rado (1957), apuntaron a una depresión subyacente como el motivo del abuso de las drogas. Glover (1956) fue más lejos al sugerir que las drogas se usaban para hacer frente a la agresión y la rabia psicotógenas y abrumadoras. Rosenfeld (1965), describió la adicción a las drogas como una defensa contra el sufrimiento psicótico. Ninguna de estas contribuciones, sin embargo, ha tenido el grado de influencia que tienen Duncan y Khantzian.

La hipótesis de la automedicación (Khantzian, 1985) señaló que, para muchos, el consumo de drogas es una forma de auto-cuidado que refleja un intento de hacer frente a sentimientos dolorosos. Este modelo surgió de la experiencia clínica de Khantzian (1985), al evaluar y tratar a los adictos a la heroína. Señaló que sus pacientes adictos tenían

historias de dificultades con la agresión y problemas derivados de la ira y la depresión que precedieron durante mucho tiempo al uso de cualquier droga ilegal. También descubrió que muchos de ellos informaron que el uso de heroína les daba alivio de los sentimientos disfóricos de inquietud, ira y rabia.

En la misma época, también se desarrollaban ideas similares a la hipótesis de la automedicación, donde se plantea el consumo de SPA como un mecanismo de adaptación a ambientes estresores.

### **Modelo adaptativo**

Desde un punto de vista adaptativo, muy similar al modelo de automedicación, Alexander (1987) plantea que: “La adicción a las drogas o cualquier otra "adaptación sustitutiva" es adaptativa porque las alternativas son peores” (p. 49). Las adaptaciones sustitutivas pueden ser visiblemente dañinas, pero proporcionan algo esencial. Por ejemplo, Alexander manifiesta que: “La despreciable identidad” de un adicto es más soportable que el “vacío infernal” de no tener ninguna identidad; asimismo, indica que estar inmerso en la cultura de las drogas es mucho mejor que hundirse en la desesperación, depresión u odio hacia la persona misma. Esta reflexión podría simplificarse de la siguiente manera, en palabras de Alexander (1987): “En situaciones desesperadas, es adaptable elegir el mal menor” (p. 49).

Puede parecer escandaloso afirmar que las adicciones dañinas son adaptativas. Sin embargo, Alexander (1987) realiza en su texto un análisis de dicha afirmación con el uso de muletas:

En un caso paralelo, el uso regular de muletas puede producir ampollas o moretones dolorosos, pero es claramente adaptable para las personas lesionadas. Las alternativas al uso de muletas empeoran la lesión o pueden llevar a la persona a permanecer en cama. Según el punto de vista adaptativo, la adicción a las drogas, al igual que el uso de muletas, es adaptable a pesar de sus inconvenientes (p. 50).

Dichas afirmaciones no provienen de la nada. Algunos años antes, Alexander (1981) también realizó un experimento con un “parque de ratas”. Dicho experimento está ubicado en un contexto académico, donde investigadores con ratas en una caja de Skinner demostraron que: “Bajo ciertas condiciones las ratas activaban el mecanismo repetidamente para consumir cantidades importantes de heroína, morfina, anfetaminas o cocaína casi hasta dejarse morir de hambre o sed con tal de mantenerse dopadas” (Alexander, 1981, p. 570).

En aquel entonces se promovió la llamada “guerra contra las drogas”, que popularizaron estos experimentos con el fin de demostrar que las drogas eran un enemigo contra el que había que luchar por ser irresistiblemente adictivas. Frente a estas conclusiones, Alexander (1981) no se sintió satisfecho y recreó el experimento, en el cual hubo un grupo experimental y un grupo control. El grupo experimental serían ratas ubicadas en un “parque de ratas”, donde las condiciones de vida serían similares a las que tendrían estando en cautiverio y viviendo en colonias; el grupo control constaría con ratas aisladas en cajas de Skinner, tal y como lo hacían en anteriores experimentos. El resultado fue el siguiente: “Las ratas que vivían en una colonia en el momento de la prueba consumían menos MHCI (concentraciones de clorhidrato de morfina) que las ratas aisladas” (Alexander, 1981, p. 574).

Dichas conclusiones llevan a repensar el fenómeno en términos diferentes. No puede tomarse como falta de carácter moral, porque neurobiológicamente se puede explicar la compulsión del consumo (Apud & Romaní, 2016); pero tampoco puede reducirse a sólo una “enfermedad cerebral”, porque existen otros factores individuales y ambientales que pueden predecir y mantener el consumo (Toth, Kregel, Leon, & Musch, 2012). Frente a estas posiciones, aparece otro paradigma, que está más estrechamente alineado con los modelos adaptativos que con los modelos de enfermedad, pero es una desviación radical de ambos en su alejamiento del concepto de adicción y hacia un interés más amplio del uso de drogas: la reducción de daños.

### **La reducción de daños como enfoque de derechos**

Al tener en cuenta el desarrollo de los diferentes enfoques en el campo del tratamiento del uso de sustancias explicados anteriormente, la reducción de daños aparece como un modelo nuevo en la concepción y tratamiento del uso y abuso de las drogas. Se anuncia un cambio de paradigma en la manera de entender y responder al uso problemático de Sustancias Psicoactivas, lo que exige una explicación a partir de dos esferas que están relacionadas entre sí: salud pública y psicoterapia.

### **Enfoques de salud pública**

Los enfoques de salud pública están relacionados con diferentes estrategias como el intercambio de agujas (Ferrer-Castro, 2012), la prevención de sobredosis a través de, por ejemplo, el Plan de Mantenimiento con Metadona (Zapata y Giraldo, 2012), y la prueba de píldoras en clubes que reducen el daño físico (sobredosis mortal o daño por drogas tóxicas) (Denning y Little, 2012). Bajo el paraguas de la salud pública, los servicios

de reducción de daños también incluyen el acceso no discriminatorio a la atención médica y los refugios de bajo umbral que no requieren la abstinencia como condición. Este modo ha demostrado que el refugio en sí mismo tiene beneficios de salud para las personas sin hogar (Larimer, Malone, Garner, Atkins, Burlingham y Lonczak, 2009).

Poco a poco, diferentes países han ido adaptando el paradigma de reducción de daño a sus políticas de drogas. Por ejemplo, actualmente en Colombia, en su Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias (2019), se plantea, dentro de su eje 3 de tratamiento integral, que: “La atención integral incluye respuestas prácticas orientadas al cuidado y bienestar de las personas con consumo problemático que no desean tratamiento, y adaptadas a la realidad local para la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas” (p. 23).

De hecho, Calvet (2002) plantea una serie de reflexiones en torno al alcance de la filosofía de reducción de daños y riesgos, vistas en clave histórica y futura; asimismo, realiza un análisis desde las políticas públicas (en el País Vasco, para ese año 2002), hasta comprender cómo ingresan las políticas de reducción de daños. Entendiendo este abordaje desde su contexto histórico parece un viejo debate, en Colombia solo en los últimos años se está hablando sobre el tema (Gómez-Restrepo, 2009).

Sin embargo, es interesante el desarrollo que ha ido teniendo el tema en Colombia, en tanto que, para el 2007, en su Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, la reducción de daños se encontraba dentro de uno de sus 4 ejes: en mitigación, mientras que actualmente, en su Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias (2019), plantea la reducción de daños como algo transversal a todos los ejes como parte de una atención integral:

Constituye una apuesta de política de carácter integral, sostenible, continua y ordenada, orientada a transformar los determinantes sociales, familiares e

individuales que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas. Esto, a través del fortalecimiento de los factores protectores, procesos de prevención, tratamiento, rehabilitación integral e inclusión social, que aborden de manera transversal la reducción de daños como las acciones que hacen parte de la atención integral y que minimizan la afectación individual y colectiva (p. 4).

Se observa entonces, como paso a paso, la reducción de daños deja de entenderse sólo como un conjunto de estrategias, a un paradigma que abarca, no sólo el campo de la salud pública en temas de mitigación, sino que puede entenderse en el temas de prevención y tratamiento.

En México se ha ido desarrollando el tema de reducción de daños, donde se plantea que: “La reducción de daños se sugiere como un cambio de paradigma en atender al uso problemático de drogas, la meta del modelo es disminuir las consecuencias de la dependencia” (Tizoc, Rivera, Rieke y Cruz, 2017, p. 39). Tizoc y otros (2017), presentan el marco actual de abordaje del abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) en México, en la cual se resumen algunos desafíos para afrontar: permean la falta de capacitación del recurso humano, déficit económico para programas de prevención y tratamiento de las adicciones, nulo desarrollo de programas gubernamentales bajo el modelo de reducción del daño, persistencia de estigma y discriminación en torno al uso y abuso de sustancias; desafíos que pueden tener semejanza con los que se presentan en Colombia.

El hecho es que, a nivel mundial, la reducción de daños es ahora parte de la política nacional de control de drogas de la mayoría de los países desarrollados y en desarrollo (Tatarsky & Marlatt, 2010).

Se concluye, en el marco de políticas públicas y salud pública, algunos desarrollos que apoyan la reducción de daños como: (a) un mayor interés en tratar a los usuarios de drogas en lugar de encarcelarlos; (b) un reconocimiento creciente de que los problemas de uso de sustancias a menudo existen en el contexto de serios problemas psiquiátricos,

médicos y sociales; (c) una promoción creciente de la práctica "basada en la evidencia"; y (d) la necesidad de una administración que se comprometa a apoyar la ciencia sobre la ideología con respecto al tratamiento de los trastornos por uso de sustancias.

### **Psicoterapia de reducción de daños**

En cuanto a la reducción de daños como paradigma psicoterapéutico, son las investigaciones de Tatarsky, Denning, Marlatt y otros (Tatarsky y Marlatt, 2010; Kellogg y Tatarsky, 2012; Denning & Little, 2012), las que se proponen para el tratamiento de trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

Por una parte Tatarsky y Marlatt (2010), plantean el estado del arte de la Reducción de Daños, el cual describe el apoyo empírico para el espectro de aplicaciones de psicoterapia de reducción de daños en jóvenes, estudiantes universitarios y adultos, así como para el reemplazo de la nicotina, la sustitución de opioides, el intercambio de jeringas y los sitios seguros de inyección. Cada uno de los artículos de este estado de arte describe el trabajo pionero de la vanguardia de la psicoterapia de reducción de daños y el tratamiento del uso de sustancias.

En otro momento, Kellyg y Tatarsky (2012), propone un conjunto de acciones para el trabajo clínico: 1) conceptualizar y tratar trastornos adictivos dentro de un marco psiquiátrico de salud mental; 2) convertir la creación de una alianza terapéutica fuerte en una parte central del proceso de curación; 3) comprender las adicciones de los pacientes y otros problemas utilizando modelos basados en múltiples partes internas; 4) convertir la gestión de contingencias y el uso de sistemas de refuerzo positivo en una práctica estándar y central en todos los entornos de tratamiento; 5) prever el cambio a largo plazo

y la curación a través de la lente de la teoría de la identidad; finalmente, 6) integrar los desarrollos crecientes en la cultura de recuperación con un tratamiento formal.

La psicoterapia de reducción de daños plantea unos principios para abordar en el trabajo clínico. Por una parte Denning, (2012), los resume así:

Primero, el clínico debe trabajar lado a lado con los objetivos establecidos del cliente; en segundo lugar, el acceso al tratamiento debe ser de “bajo umbral”, es decir, tener pocas barreras de entrada. (Requerir la abstinencia antes del tratamiento, una regla típica de los programas de tratamiento de drogas, es una barrera considerable para muchos usuarios de drogas). Tercero, el éxito es cualquier reducción del daño en la vida de un usuario de drogas. (p. 16)

En conclusión, para la práctica de la psicoterapia de reducción de daños se requiere, además de una sólida formación clínica, una actitud abierta hacia las drogas y el uso de drogas, una práctica culturalmente competente, una ética centrada en el cliente y evidencia que respalda el trabajo realizado en consulta. En esencia, para practicar la psicoterapia de reducción de daños, se debe desarrollar una relación respetuosa que explore y permita las diferencias, resista los esfuerzos por controlar a los clientes y utilice estrategias probadas y útiles.

En la práctica de la psicoterapia de reducción de daños, Denning (2012), combina los principios de salud pública de reducción de daños con modelos psicodinámicos y cognitivos de psicoterapia. El resultado, concluye Denning, es:

[...] una psicoterapia holística, basada tanto en la experiencia empírica como en la clínica, que permite a los terapeutas tratar a los clientes como personas con problemas, no como personas problemas. Un intercambio recíproco de técnicas prácticas y principios conceptuales aumenta la utilidad de este modelo: nuestros clientes abren los ojos a experiencias que no podríamos haber imaginado y sugerimos soluciones que no habríamos considerado. Esta confianza y respeto

por el cliente es el principio fundamental de la psicoterapia de reducción de daños.  
(p. 18)

Tatarsky y Marlatt (2010), también plantean una serie de principios muy bien detallados, resaltando la importancia de éstos: “los principios proporcionan una lente clínica para ver al paciente, crear la relación de tratamiento y guiar la selección de intervenciones” (p. 120). Se plantean estos principios a continuación:

1. Los problemas de uso de sustancias se comprenden y abordan mejor en el contexto de la persona en su entorno social.
2. Conocer al cliente como individuo único.
3. El cliente tiene fortalezas que pueden ser apoyadas.
4. Desafiar la estigmatización.
5. Las sustancias se utilizan por razones de adaptación.
6. El uso de drogas cae en una serie de consecuencias dañinas.
7. No mantener la abstinencia (o cualquier otra idea preconcebida) como condición previa de la terapia antes de conocer realmente al individuo.
8. La participación en el tratamiento es el objetivo principal.
9. Comenzar donde está el paciente.
10. Buscar y movilizar las fortalezas del cliente al servicio del cambio.
11. Desarrollar una relación de colaboración y empoderamiento con el cliente.
12. Las metas y estrategias emergen del proceso terapéutico.

En estos principios se observa la transformación que ha tenido la manera de ver y comprender el Trastorno por Uso de Sustancias. Se puede observar que la abstinencia total como única forma de “curación”, como se pensaba en sus inicios (Levine, 1978),

no hace parte de estos principios, ya que se plantea la abstinencia total como una meta, siempre y cuando el individuo esté de acuerdo con ella, y sea él mismo quien la proponga. También se puede notar en estos principios la resaltada importancia a cada individuo con sus diferencias particulares; y, se explica su uso por diferentes razones como respuesta al ambiente, tal y como lo concibieron Kanthzian (1985), Duncan (1977), y Alexander (1981; 1987), hace algunos años.

## Referencias

- Alexander, B. (1981). Effect of Early and Later Colony Housing on Oral Ingestion of Morphine in Rats. *Pharmacology, y Biochemistry & Behavior*, Vol. 15., 571-576.
- Alexander, B. (1987). the disease and adaptive models of addiction: a framework evaluation. *The Journal of Drug Issues*, 47-66.
- Apud, I., & Román, O. (2016). La encrucijada de la adicción: distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 115-125.
- Bur, R. (2003). *Psicología para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Calvet, G. (2002). El paradigma de la reducción: hacia una nueva política de drogas. *EGUZZILORE*, 93-103.
- Denning, P., & Little, J. (2012). *Practicing harm reduction psychotherapy: an alternative approach to addictions*. New York: Guildford press.
- Duncan, D. (1977). Life stress as a precursor to adolescent drug dependence. . *International Journal of the Addictions*, 12(8), , 1047-1056.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W W Norton.
- Ferrer-Castro, V. (2012). Evaluación del Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense): diez años de experiencia. *Rev. esp. sanid. penit. vol.14 no.12012*, 11-19.

- Glover, E. (1956). *On the Early Development of Mind*. New York: International Universities Press.
- Gómez-Restrepo, C. (2009). Un nuevo paradigma en drogas y democracia: se abre el debate. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 38, núm. 1, 18-27.
- Isazaa, C., Henao, J., Velez, J., Rodríguez, M., Sierra, J., Beltrán, L., et al. (2014). Evaluación del programa de mantenimiento con metadona del Hospital Mental de Risaralda. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 2., 96-105.
- Jellinek, E. (1961). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick: Hillhouse press.
- Kellogg, S. H., & Kreek, M. J. (2005). Gradualism, identity, reinforcements, and change. *International Journal of Drug Policy*, 369–375.
- Kellogg, S. H., & Tatarsky, A. (2012). Re-envisioning Addiction Treatment: A Six-Point Plan. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30:1,, 109-128.
- Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and. *Psychiatry Digest*, 1259-1264.
- Larimer, M. E., Malone, D. K., Garner, M. D., Atkins, D. C., Burlingham, B., & Lonczak, H. S. (2009). Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *Journal of the American Medical Association*, 1349-1357.
- Levine, H. G. (1978). The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 493-506.
- Marlatt, A., Larimer, M., & Witkiewitz, K. (2012). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors, Second Edition*. . New York: The Guildford Press.
- Mejía, I., Isaza, G., & Flórez, A. (2004). *Diagnóstico situacional de los centros de atención en drogadicción (CAD)*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Murcia, M. d., & Orejuela, J. J. (2014). Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *CES Psicología*, vol. 7, núm. 2,, 153-172.
- Pascual, F. (2014). *Historia del tratamiento del alcoholismo*.
- Rado, S. (1957). Narcotic bondage: A general theory of the dependence on narcotic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 165-172.

- Rosenfeld, H. (1965). Psychotherapy of nine successfully treated cocaine abusers: techniques and dynamics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131-137.
- Tatarsky, A. (1998). An integrative approach to harm reduction psychotherapy: A case of problem drinking secondary to depression. . *In Session: Psychotherapy in Practice*, 9-24.
- Tatarsky, A. (2002). *Harm Reduction Psychotherapy: A new Treatment for Drug and Alcohol Problems*. Maryland: Jason Aronson, Inc.
- Tatarsky, A. (2003). Psicoterapia de reducción de daños: Extendiendo el alcance de los tratamientos. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2, , 249-256.
- Tatarsky, A., & Marlatt, G. A. (2010). State of the Art in Harm Reduction Psychotherapy: An Emerging Treatment for Substance Misuse. *Journal of clinical psychology*, 117-122.
- Tizoc, A., Rivera, K., Rieke, U., & Cruz, M. (2017). Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades. *Ra Ximhai*, vol. 13, núm. 2, 39-51.
- Toth, L., Kregel, K., Leon, L., & Musch, T. (2012). Environmental Enrichment of Laboratory Rodents: The Answer Depends on the Question. *Comparative Medicine*, 314-321.
- Zapata, M., & Giraldo, L. F. (2012). Tratamiento de sustitución con Metadona para la adicción a la Heroína: evaluación de un programa en Colombia. *Adicciones*, vol. 24, núm. 1, , 69-75.
- Zarza, M., Obert, J., Rawson, R., Palau, C., Perelló, M., Sánchez, A., et al. (2010). Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. *Revista Española de drogodependencias*, 27-48.
- Zinberg, N. (1984). *Drug, Set, and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University: Press.